

Faculté de Médecine de Paris

Année 1932

N°

THESE **598** POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Edouard REGARD

Né le 14 Mars 1906, au Havre (Seine-Inférieure)

Technique opératoire et Résultats post-opératoires de l'amputation du Rectum Cancéreux par la voie abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée

(Etude sur 19 Observations inédites)

**Travail de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière
(Professeur A. GOSSET)**

Président de Thèse : M. le Professeur A. GOSSET

LES ÉDITIONS VEGA
43, Rue Madame, 43
PARIS
1932

Faculté de Médecine de Paris

Année 1932

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Edouard REGARD

Né le 14 Mars 1906, au Havre (Seine-Inférieure)

**Technique opératoire et Résultats
post-opératoires de l'amputation
du Rectum Cancéreux par la voie
abdomino-périnéale avec abaissement
du colon au périnée**

(Etude sur 19 Observations inédites)

Travail de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière
(Professeur A. GOSSET)

Président de Thèse : M. le Professeur A. GOSSET

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS

—
1932



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ. LEREBOULLET. NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMERRE. LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELAQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiâ- trie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri.	Pathologie médicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI..	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉZARY	Dermatologie et syphi- ligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimen- tale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ...	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAY		HEITZ-BOYER ...	
DEBRÉ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
BASSET	} Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ	} Clinique obstétricale
		LE LORIER	
		LÉVY-SOLAL ...	
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédi- que chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé ...		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Grand Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage de profonde gratitude et de respectueuse admiration.

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile
et orthopédique à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades
Officier de la Légion d'Honneur

*J'exprime toute ma reconnais-
sance ainsi que ma grande et
respectueuse affection.*

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Professeur de Clinique de la Tuberculose à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Laennec

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*En témoignage de profonde
et respectueuse gratitude.*

AU DOCTEUR R. LEIBOVICI

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui m'inspira ce travail et dont
les conseils furent pour moi une
aide précieuse.*

*En témoignage de profonde
reconnaissance.*

AU DOCTEUR R. SOUPAULT

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui voulut bien me confier
ses observations et qui me guida
de ses conseils éclairés, j'exprime
ici ma vive reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE ROUEN

M. LE PROFESSEUR A. CERNÉ

Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu

M. LE PROFESSEUR J. PETIT

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

M. LE DOCTEUR SAMSON

Médecin de l'Hospice Général

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Externat)

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Médecin de l'Hôpital Laennec

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

M. LE DOCTEUR LANCE

Assistant d'Orthopédie à l'Hôpital des Enfants Malades

M. LE DOCTEUR CATHALA

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

M. LE DOCTEUR AVIRAGNET

Médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants Malades

M. LE DOCTEUR DE MASSARY

Médecin honoraire de l'Hôpital Beaujon

M. LE DOCTEUR LORTAT-JACOB

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR GOSSET

Chirurgien de la Salpêtrière

INTRODUCTION

Médecins, confiez-vous toujours à des méthodes sûres.

PASTEUR.

Le traitement chirurgical du Cancer du Rectum présente des difficultés nombreuses et d'ordres variés.

Les travaux publiés sur la question depuis 1900, tant en France qu'à l'étranger, montrent assez les divergences d'opinion pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y insister ici.

Les chirurgiens de tous les pays, en apportant dans le débat leurs conceptions particulières et leur expérience personnelle, ont fait faire un grand pas à cette chirurgie des plus difficiles. Cependant c'est à la Chirurgie française que revient le mérite d'avoir mis au point la technique de l'amputation abdomino-périnéale et Quénu, en exposant sa méthode au Congrès français de chirurgie de 1897, donnait à la chirurgie du cancer du rectum sa véritable signification. A son nom il faut associer celui d'Hartmann dont la compétence en la matière est connue de tous.

Cependant, malgré les immenses progrès réalisés, il reste encore beaucoup à faire et le problème n'est pas encore résolu. Nous n'en donnerons comme preuve que les critiques plus ou moins sévères adressées à l'amputation abdomino-périnéale et le retour aux méthodes anciennes, voie périnéale simple ou élargie.

Dans son dernier livre sur « La Chirurgie du Rectum » le Professeur Hartmann écrit : « Pendant un certain nombre d'années, dans le but de faire des exérèses plus étendues et de diminuer le nombre des récidives, nous avons systématiquement pratiqué l'amputation abdomino-périnéale ; la mortalité immédiate considérable de cette der-

nière nous l'a fait abandonner et nous sommes revenus à l'amputation périnéale qui nous a donné de réelles guérisons malgré les affirmations de Miles, Lecène, Cunéo et d'autres qui affirment qu'elle ne peut donner de survie à longue échéance ».

Plus récemment encore, Sénèque, dans un article publié dans la *Revue Médicale française* (février 1932) expose les avantages de la voie périnéale pure sur la voie combinée.

Les arguments sont nombreux en faveur de la voie périnéale pure et de la voie combinée. Cependant il est incontestable que l'amputation abdomino-périnéale demeure l'opération de choix. Elle est, de toute évidence, l'intervention la plus logique puisque le chirurgien, opérant un cancer du rectum, doit poursuivre un double but : extirper la tumeur et les ganglions, seul moyen de barrer la route aux récidives.

Ce qui est accepté par tous, au sujet du cancer du sein, n'a pas de raison à priori d'être rejeté pour le cancer du rectum.

L'exérèse des ganglions domine en effet toute la question. Elle est certes un des points les plus délicats de l'opération, mais à coup sûr l'argument majeur en faveur de l'amputation abdomino-périnéale qui seule permet une exploration complète des territoires lymphatiques et le contrôle des organes voisins.

L'amputation abdomino-périnéale est incontestablement une opération grave, gravité qui dépend surtout du shock opératoire.

Cependant, si les statistiques françaises sont peu encourageantes (Schwartz accuse 37 % de mortalité, Hartmann plus de 30 %, Okinczyc 38 %, Bergeret 40 %), les statistiques étrangères se montrent plus optimistes. Jones n'accuse en effet que 25 % de mortalité et Miles 7,6 %, seulement dans sa dernière série publiée en Mai 1931.

Mais il ne faut attacher à ces statistiques qu'une valeur d'interprétation tant sont variables les chiffres d'un opérateur à un autre.

En outre le succès dépend autant de la technique em-

ployée que de la préparation des malades et des soins post-opératoires.

Chalier et Mondor y insistent tout particulièrement dans leur livre sur « Le Cancer du Rectum ».

MM. Soupault et Leibovici dans un article publié dans le *Journal de Chirurgie* (Décembre 1931) font une minutieuse étude de la technique opératoire de l'amputation abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée. Ils écrivent en manière de conclusion : « Si une technique d'opération abdomino-périnéale permet d'abaisser la mortalité opératoire encore importante de cette intervention, on peut dire que personne ne sera plus en droit d'en contester la supériorité ».

Aussi l'amputation abdomino-périnéale qui semblait condamnée à tomber dans l'oubli a trouvé, parmi plusieurs maîtres de la Chirurgie rectale, d'ardents défenseurs.

Schwartz déclara à la Société de Gastro-entérologie (Séance du 9 Mars 1931) :

« Je suis de plus en plus convaincu que cette opération n'est grave que lorsqu'on n'en connaît pas suffisamment bien la technique ou lorsqu'on l'entreprend sur un cancer trop avancé ». Cunéo apporte un témoignage favorable à l'amputation abdomino-périnéale. Il écrit en effet : Mon expérience personnelle me permet d'affirmer que la mortalité de l'abdomino-périnéale peut être indéfiniment abaissée et tendre même vers 0 en n'opérant que les cas vraiment opérables et en ayant la certitude d'assurer des soins post-opératoires parfaits ».

Hartmann lui-même, par ailleurs si sévère pour cette opération, écrit dans son livre sur « La Chirurgie du Rectum » : « Il est possible que l'amputation abdomino-périnéale, qui permet l'exérèse la plus étendue, voie à la suite de perfectionnements dans sa technique sa gravité diminuer ».

Enfin Gouverneur écrit : (*Presse Médicale*, 19 Mars 1932)
« Devant la triste fin des cancéreux du Rectum, avec leurs douleurs épouvantables, nous préférons faire courir un risque au malade plutôt que de rejeter une intervention

et d'avoir une statistique meilleure ; il faut savoir se montrer un peu osé en matière de chirurgie rectale. »

*
* *

Nous avons divisé notre travail en deux parties. Dans la première partie nous étudions les facteurs qui entrent en ligne de compte dans les résultats immédiats et éloignés de l'intervention et qui sont :

l'opérabilité,
la technique opératoire,
la préparation des malades,
les soins post-opératoires.

La seconde partie porte sur l'étude de 19 observations inédites et comprend :

les suites immédiates,
la mortalité opératoire,
les résultats fonctionnels,
les résultats éloignés,
la valeur comparée des différents procédés.

En nous limitant aux 19 observations inédites de MM. Soupault et Leibovici, nous avons pensé que les résultats obtenus par deux chirurgiens employant la même technique avaient plus de valeur que des résultats dispersés entre un plus grand nombre de chirurgiens modifiant, plus ou moins, au gré de leurs préférences personnelles, la succession et l'exécution des différents temps de l'intervention.

Le faible taux de la mortalité opératoire de ces auteurs (3 morts sur 19 opérés soit 15,7 %) mérite de retenir l'attention.

Si l'on songe en effet que la plupart de ces malades ont été opérés en un seul temps, on peut qualifier de très encourageant un tel abaissement du taux de la mortalité opératoire.

PREMIÈRE PARTIE

LES FACTEURS DU SUCCÈS DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX PAR LA VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE AVEC ABAISSEMENT, DU COLON AU PÉRINÉE

CHAPITRE PREMIER

Position actuelle du problème de l'opérabilité du cancer du rectum

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet il nous a paru nécessaire d'apporter quelques précisions concernant ce problème difficile dans la solution duquel entre un grand nombre de facteurs.

En dehors des contre-indications formelles que constituent les métastases proches et éloignées, les altérations graves de l'état général et la cachexie prononcée, il n'existe aucun critère absolu d'opérabilité.

Si la gravité de l'intervention est d'autant plus grande que le cancer est opéré plus tardivement, l'expérience démontre que dans les cas jugés d'abord inopérables, l'amputation abdomino-périnéale a donné de longues survies et même des guérisons durables.

Alors qu'autrefois les conditions locales de la tumeur jouaient un rôle prépondérant dans l'évaluation de l'opérabilité et l'emportaient sur les autres considérations, aujourd'hui la hauteur d'un cancer rectal ne constitue plus à elle seule une contre-indication opératoire ; l'extension périphérique l'emporte au point de vue de l'opérabilité sur l'extension verticale.

Aussi Schwartz conseille-t-il de pratiquer, au cours de la laparotomie, l'exploration présacrée après décollement du méso-rectum, et de renoncer à l'intervention radicale toutes les fois que ce décollement est impossible.

Les chirurgiens attachent une grande importance au bilan fonctionnel des reins et du foie, renonçant à l'intervention dans tous les cas où l'azotémie est trop élevée. (Au delà de 0,70 0/00).

Les progrès de la technique opératoire entrent pour une large part dans l'évolution de l'opinion des chirurgiens, quant à l'étendue de l'opération. Les travaux de Sudek (1907); d'Hartmann (1909) sur la vascularisation du rectum et du colon pelvien, ceux plus récents de Grégoire et de Mondor, ont permis de préciser la technique de l'abaissement du colon au périnée.

La gangrène du segment colique abaissé, si fréquente autrefois et qui faisait tant redouter la voie combinée, devient très rare si l'on emploie une technique rigoureuse.

D'autre part les progrès de l'asepsie ont permis d'intervenir sans crainte sur le péritoine, reculant ainsi considérablement les frontières de l'exérèse, sans avoir à redouter l'infection péritonéale post opératoire si fréquente autrefois.

Par conséquent les progrès de la technique ont permis d'abaisser dans une proportion très sensible la mortalité opératoire chez l'homme.

En 1899, Quénu publiait une statistique portant sur 16 cas dont 9 femmes. Sur les 9 femmes il obtint 8 guérisons et une mort ; sur les 7 hommes 7 morts, soit 100 % de mortalité. Il explique cet échec en disant « Le temps de la séparation de la prostate est délicat souvent difficile, les fautes opératoires plus fréquentes, les chances de contamination plus nombreuses. »

En 1904, Manuel publiait, dans sa thèse, la statistique de Gross qui accuse une mortalité globale de 40 % et de 66 % chez l'homme. Aujourd'hui cette mortalité varie, suivant les auteurs, entre 25 et 40 %, si bien que la seule notion du sexe ne suffit pas à établir des indications différentes de l'amputation abdomino-périnéale.

Cependant, si l'on compare les statistiques de ces 25

dernières années, on est frappé par la diversité des pourcentages de mortalité, et l'on est en droit de s'étonner d'un fait si paradoxal en apparence.

Comment se fait-il qu'en dépit des perfectionnements de la technique opératoire et des moyens d'investigation clinique, permettant un diagnostic plus précoce du cancer du rectum, les statistiques n'aient pas suivi un progrès parallèle ?

La raison en est la suivante : au fur et à mesure des progrès de la technique, la hardiesse des chirurgiens s'est accrue. Ils ont pratiqué des exérèses de plus en plus étendues, sans tenir un compte toujours exact des limites de l'opérabilité, augmentant ainsi dans des proportions souvent considérables la mortalité immédiate de l'intervention, et l'on touche ici au point le plus difficile et le plus angoissant du problème...

En présence d'un cancer étendu du rectum, quelle conduite le chirurgien doit-il adopter ?

La logique lui commande une amputation large, comprenant la tumeur et les ganglions envahis, ou simplement suspects d'envahissement cancéreux.

La prudence lui conseille une intervention aussi peu mutilatrice que possible et c'est trop souvent qu'il se trouve pris dans ce dilemme : ou bien pratiquer une intervention économique et s'exposer aux récurrences locales et ganglionnaires emportant le malade à plus ou moins brève échéance, ou bien pratiquer une intervention large pouvant entraîner la mort dans les jours suivants, du fait du shock opératoire, de complications infectieuses ou urinaires.

On conçoit donc aisément qu'en présence de telles difficultés le choix de l'intervention soit si discuté et les statistiques si variables.

Mais la chirurgie du cancer n'est pas une chirurgie conservatrice et la préférence doit être accordée aux interventions larges, tout en tenant compte des possibilités opératoires. Tous les efforts doivent donc tendre à diminuer la mortalité opératoire de l'amputation abdomino-périnéale, seule opération vraiment rationnelle en matière de cancer du rectum.

De sérieux progrès ont été réalisés dans ce sens.

Les soins pré et post-opératoires entrent pour une large part dans les succès obtenus.

Les observations qu'ont bien voulu nous confier MM. Soupault et Leibovici constituent la meilleure preuve de ce que nous avançons.

CHAPITRE II

La technique opératoire

Nous serons brefs sur ce chapitre pour lequel nous avons fait de larges emprunts à l'article fort bien illustré de MM. Soupault et Leibovici.

D'ailleurs, ce n'est pas tant une description de tous les gestes opératoires qu'il importe de faire ici, que de tracer la physionomie particulière de cette technique, ce qui la différencie essentiellement de la technique classique décrite par Quénu.

Suivant fidèlement l'enseignement de leur maître Lecène, les auteurs ont réduit au minimum le *temps abdominal*, diminuant ainsi considérablement la gravité immédiate de l'intervention.

Ce temps abdominal comprend 4 manœuvres :

- 1° Répérage du point déclive de l'anse sigmoïde (fig. 1).
- 2° Ligature de l'hémorroïdale supérieure et section du mésocolon pelvien (fig. 2, a et b) ;
- 3° Libération postérieure du rectum ;
- 4° Mise en place d'un Mikulicz et péritonisation. (fig. 3 a et b).

Ces deux dernières manœuvres ont une grande importance pour les suites opératoires. En plaçant le Mikulicz rétro-rectal par voie abdominale, on évite l'engagement de l'intestin grêle dans la zone de décollement et son pincement entre le sacrum et le colon abaissé.

L'occlusion intestinale due à ce mécanisme a été pendant longtemps la cause la plus fréquente de la mortalité opératoire de l'amputation abdomino-périnéale avec abaissement. La péritonisation se fera donc au-dessus du Mikulicz. Elle sera faite de manière à laisser une boutonnière suffisante pour permettre l'abaissement du colon lors du temps périnéal.

Le *temps périnéal* comporte des manœuvres différentes chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme il comprend :

- 1° L'excision du sphincter anal.
- 2° La section du raphé ano-coccygien (fig. 4, en haut et à droite).
- 3° La section des releveurs sur les côtés (fig. 4, en bas).
- 4° Le décollement pré-rectal, en avant de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers.
- 5° L'abaissement du colon au périnée.
- 6° Fixation du colon au péritoine rétro-vésical (fig. 8).
- 7° Péritonisation serrée, remontant aussi haut que possible sur les côtés.
- 8° Introduction d'un tube de Paul sur lequel on lie l'intestin.

On termine par la suture du colon pelvien et par l'introduction de mèches dans le Mikulicz et tout autour de l'intestin (fig. 9 et 10).

Chez la femme la dissection antérieure est remplacée par le décollement de l'espace recto-vaginal (fig. 5 et 6), suivi de la résection de la paroi vaginale postérieure, si celle-ci est envahie. Les autres temps sont identiques. La suture du colon pelvien au péritoine du cul-de-sac de Douglas est grandement facilitée chez cette dernière. Ainsi le colon abaissé n'est plus suturé à la peau du périnée, comme dans la technique classique, mais au fond de la brèche périnéale. C'est là un point très particulier de la technique de Lecène. Les avantages en sont nombreux. Du fait de la suture haute du colon au péritoine, on parvient à abaisser, sans exercer de fortes tractions, un colon pelvien même rattaché à un méso court. On diminue ainsi beaucoup les risques de sphacèle du colon abaissé et la péritonisation, pratiquée à 5 ou 6 cm. au-dessus du point où l'intestin a été lié, isole d'une façon parfaite le segment périnéal du segment abdominal, de sorte que, s'il se produit une nécrose du bout terminal du colon abaissé, elle restera sous-péritonéale, c'est-à-dire sans gravité pour le malade.

Bien que nous n'ayons jamais séparé le temps abdominal du temps périnéal il nous faut mentionner le procédé

de Coffey qui a donné à son auteur d'excellents résultats (2 morts seulement sur 47 opérés). Il propose de procéder en deux temps :

1^{er} temps : Colostomie terminale, libération du haut rectum et du colon pelvien, fermeture de la section colique, enfouissement du rectum et de la partie sacrifiée du colon sous une péritonisation pelvienne.

2^e temps : 10 jours après, résection périnéale du bout inférieur de l'intestin.

Comme la durée de l'opération ne paraît pas influencer beaucoup les suites immédiates, l'opération en deux temps ne s'est jamais imposée, sauf pour les cas où un anus iliaque préalable est de mise.

Au point de vue fonctionnel la suture du colon au fond de la brèche périnéale permet d'obtenir, après épidermisation de l'entonnoir cicatriciel, une continence relative du nouvel anus et empêche le prolapsus du colon, complication fréquente de la suture du colon à la peau du périnée.

Le tube de Paul maintenu pendant plusieurs jours, protège la plaie périnéale contre l'infection.

*
**

Cette description peut être un peu schématique de la technique opératoire aura néanmoins l'avantage de mieux fixer dans l'esprit du lecteur les différentes phases de l'opération.

Aussi, pour compléter notre texte et rendre plus compréhensible le protocole opératoire accompagnant chaque observation, dans lequel les difficultés de chaque cas particulier ont été minutieusement consignées, MM. Soupault et Leibovici ont bien voulu nous autoriser à reproduire ici les figures qui illustrent leur article.

Les chirurgiens qui liront notre travail leur en seront sûrement très reconnaissants. Nous nous associons à eux avec d'autant plus d'empressement, qu'en matière de technique opératoire on ne saurait trop insister sur l'importance du dessin.

Notre Maître M. le professeur Gosset en créant l'enseignement cinématographique de la technique chirurgi-

cale a parfaitement compris les immenses services que cet enseignement visuel était appelé à rendre.

La netteté des figures où Frantz, ce Maître du dessin anatomique a mis tout son talent, rend d'une façon parfaite la précision de chaque temps de l'intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE



Fig. 1. — Exploration. Repérage du point déclive sur l'anse sigmoïde.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEBOVICI, in *Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE

Fig. 2 a. — L'intestin est lié à son point déclive ; l'artère hémorroïdale supérieure est coupée juste au-dessous du promontoire.

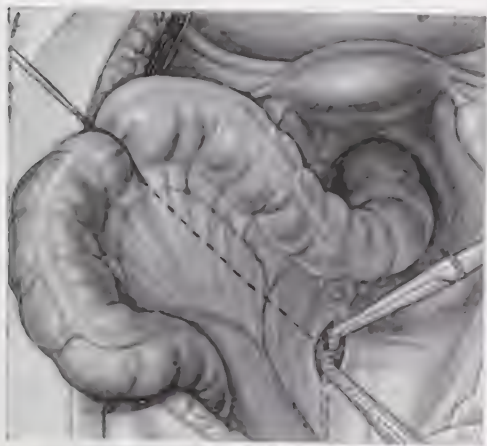


Fig. 2 b. — Le mésosigmoïde est sectionné et ses vaisseaux ligaturés ; au bout du fil de stricture du sigmoïde, le petit tampon qui guidera l'ouverture périnéale du péritoine pré-rectal.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEBOVICI, in *Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE

Fig. 3 a. — Les pieds du mésosigmoïde ont été incisés jusqu'au Douglas. Le décollement rétro-rectal effectué, le sac de Mikulicz (ped en bas) va y être introduit.

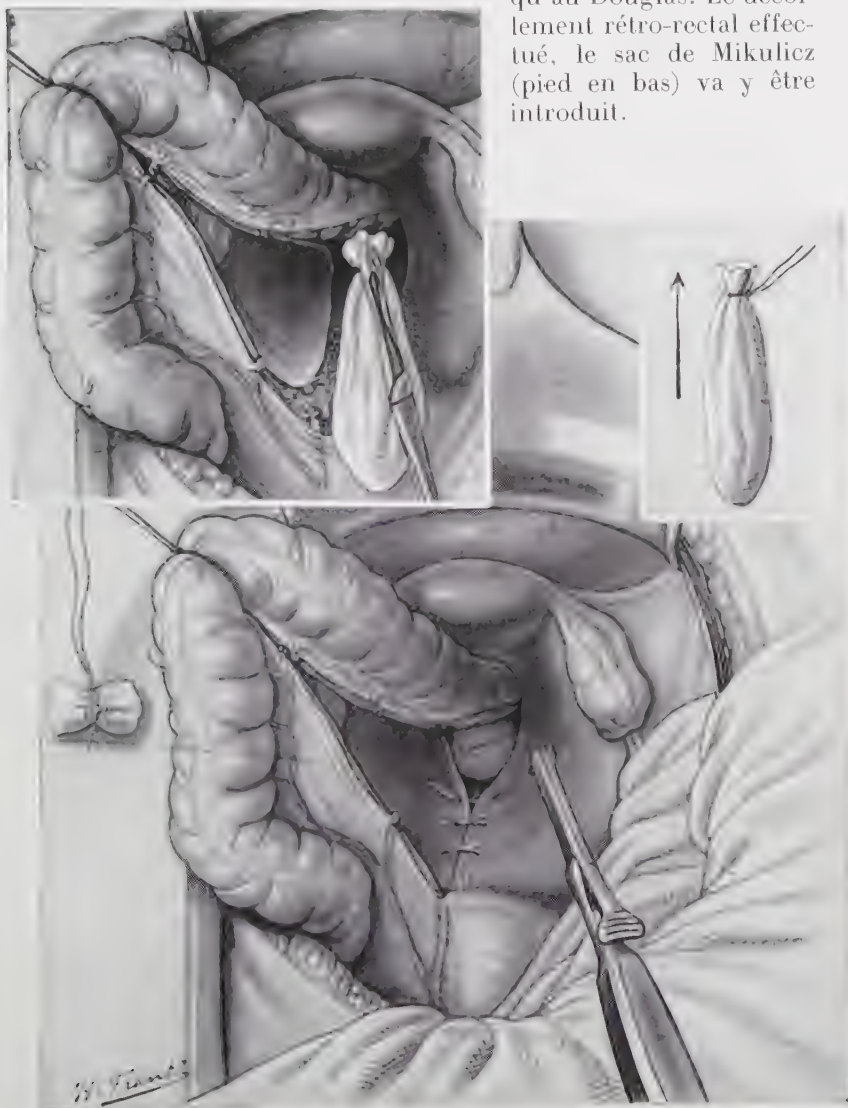


Fig. 3 b. — Le sac de Mikulicz est maintenant en place ; on péritonise partiellement au-dessus de lui.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEBOVICI, in *Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE

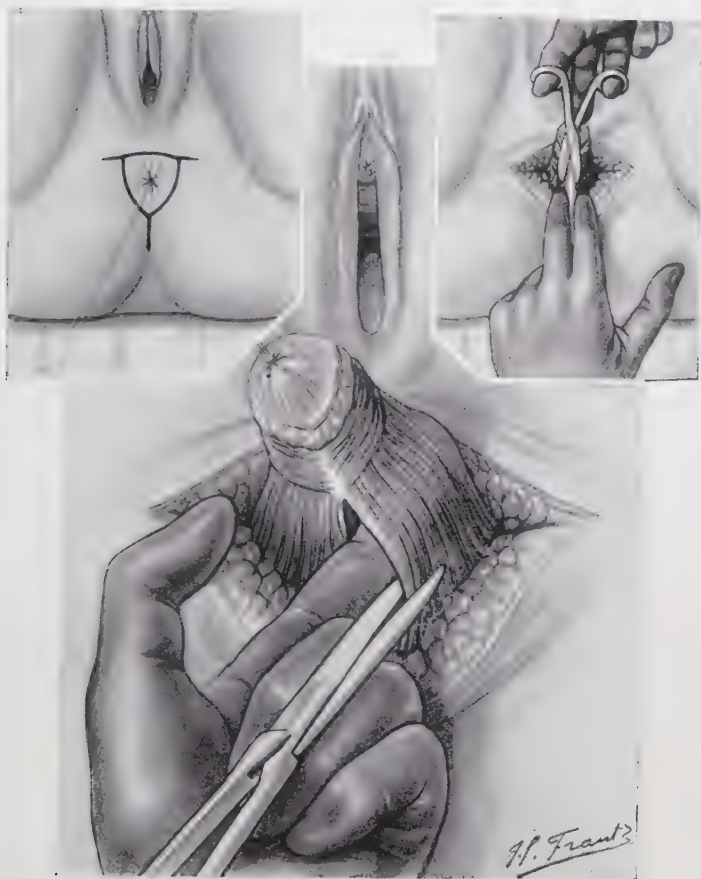


Fig. 4. — *En haut et à droite* : Section du raphé ano-coccygien.

En bas : Section des muscles releveurs.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEBOVICI, in *Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE

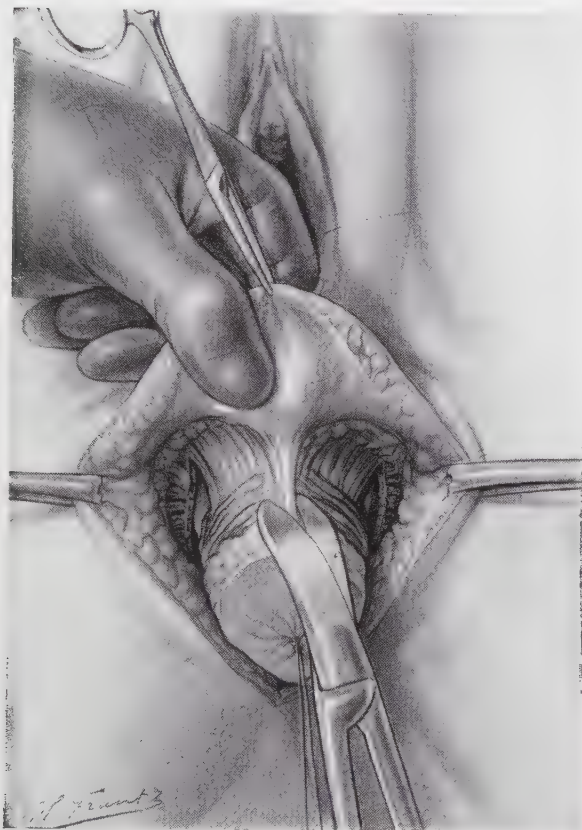


Fig. 5. — Section du noyau fibreux central du périnée, qui va permettre le décollement de l'espace vagino-rectal.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEIBOVICI, in *Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE

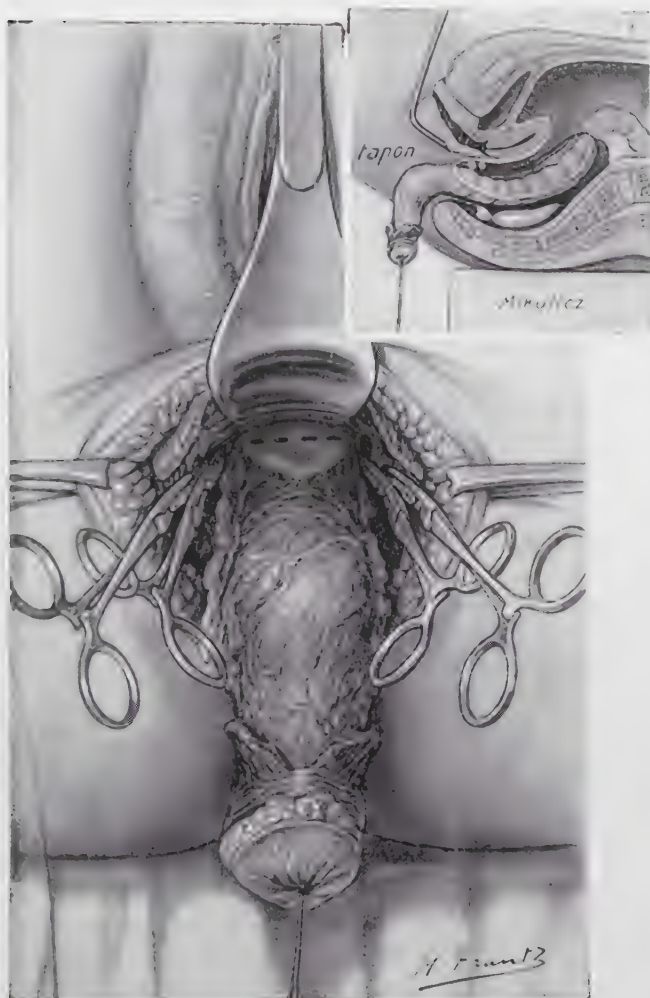


Fig. 6. — Le décollement de l'espace vagino-rectal est achevé ; les releveurs ont été sectionnés.
Le cul-de-sac de Douglas apparaît.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEIBOVICI, in *Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE

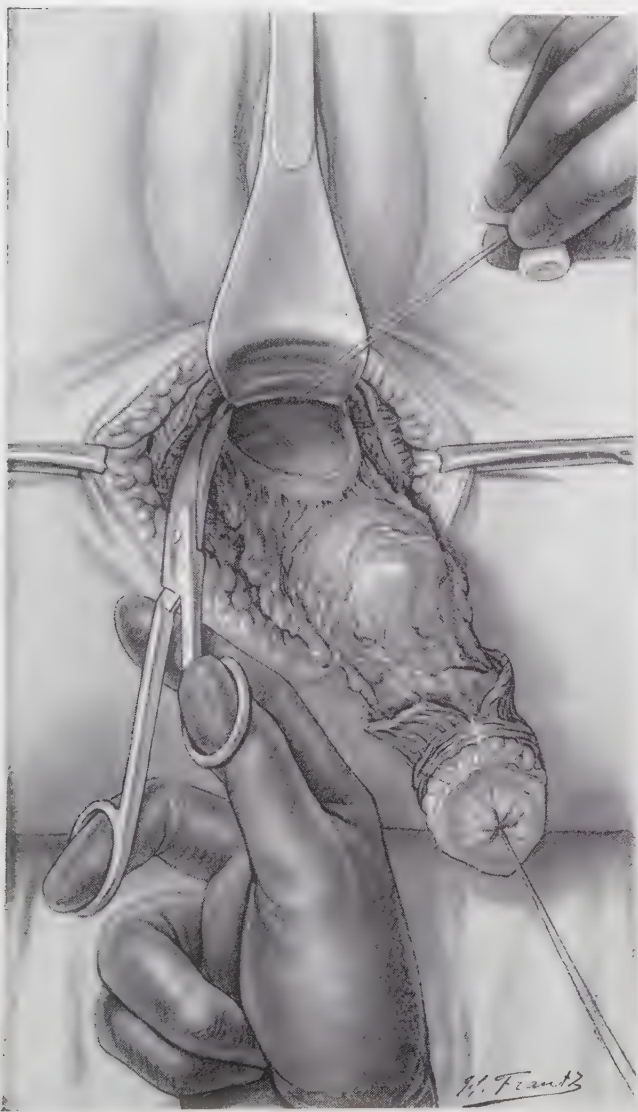


Fig. 7. — Une valve est introduite dans le cul-de-sac de Douglas, dont on achève l'ouverture sur les côtés par section du repli semi-lunaire.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEBOVICI, in *Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE

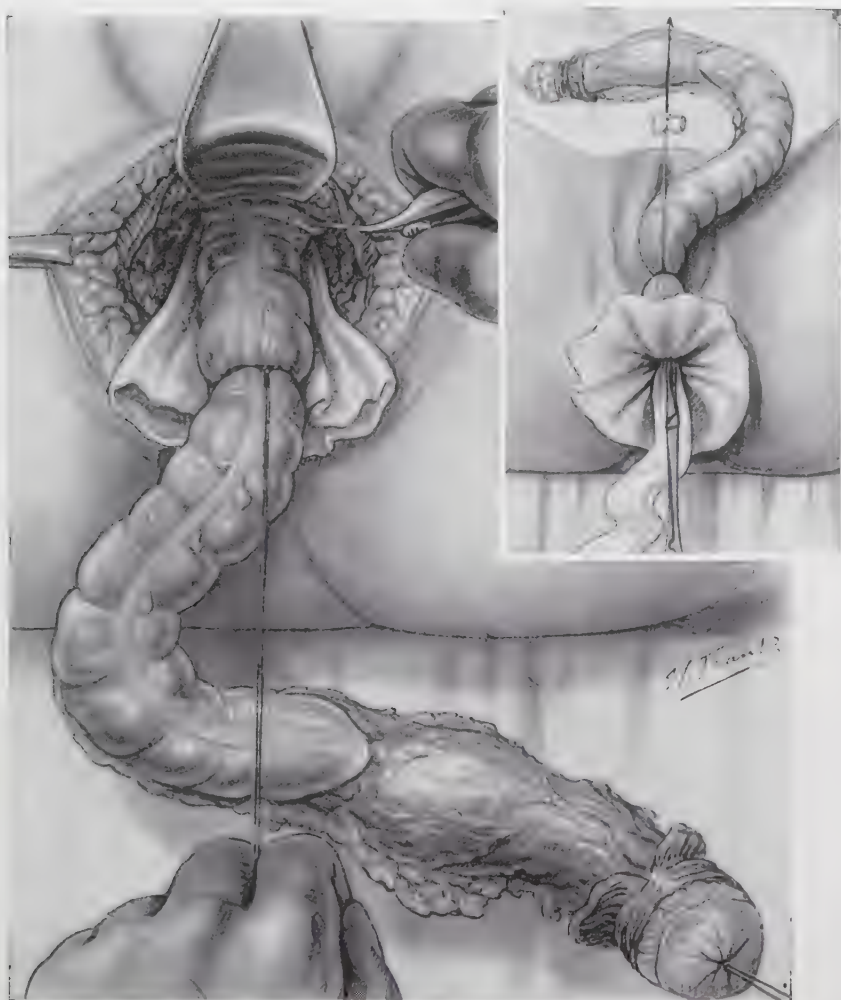


Fig. 8. — L'intestin est abaissé et on suture avec soin, à points séparés, le colon au péritoine du Douglas, en avant et sur les côtés.

Dans le cartouche : Le sac de Mikulicz, ouvert, est garni de mèches.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEBOVICI, in *Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE

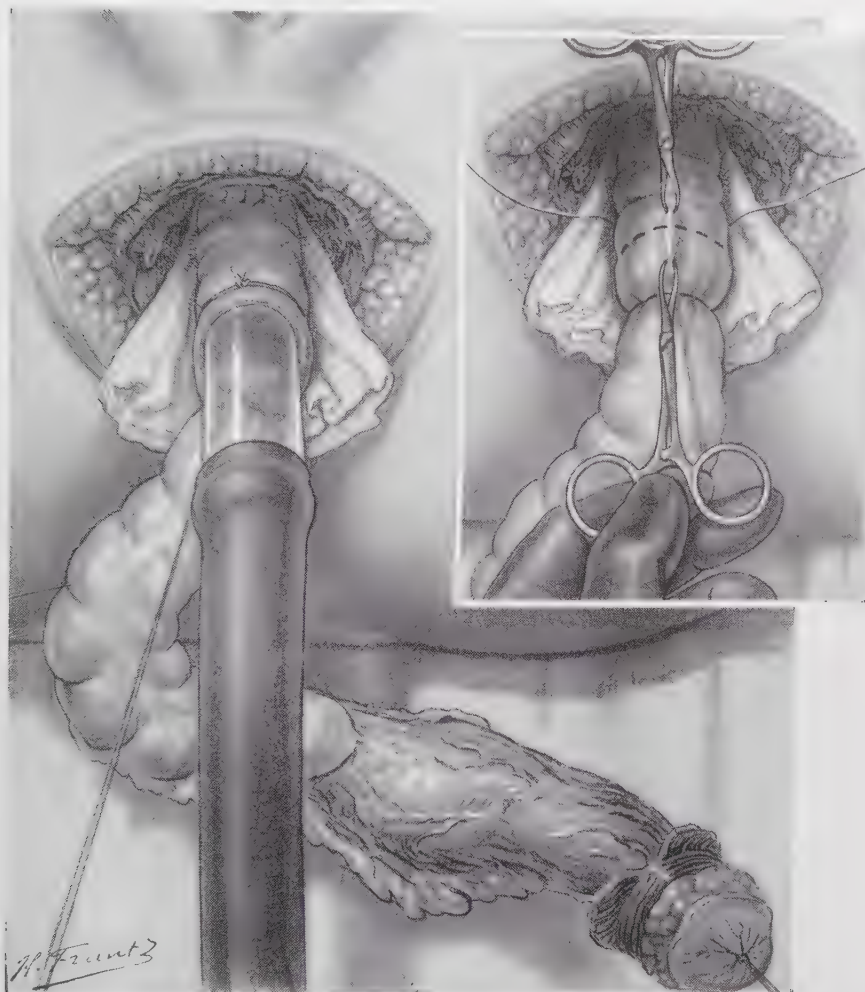


Fig. 9. — L'intestin est ouvert, tandis qu'un fil a été préalablement glissé sous lui pour être serré dès l'introduction du gros tube de Paul droit.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEBOVICI, *in Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AMPUTATION DU RECTUM CANCÉREUX
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
AVEC ABAISSEMENT DU COLON AU PÉRINÉE

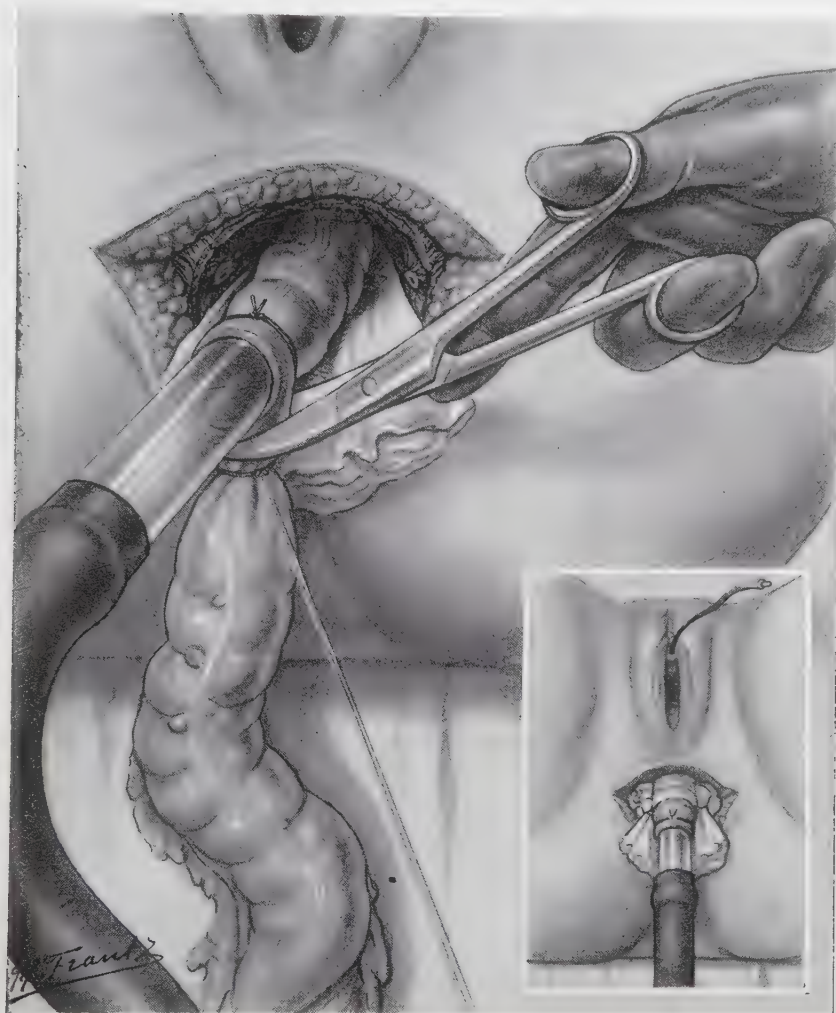


Fig. 10. — On achève la section intestinale.

En bas : L'opération est terminée. (Pour la clarté du dessin, l'intestin est figuré trop à fleur de peau ; en réalité son extrémité reste à quelques centimètres de profondeur.

(Figure extraite, avec autorisation des auteurs, de l'article de MM. R. SOUPAULT et R. LEIBOVICI, in *Journal de Chirurgie*, T. XXVIII, n° 6, Paris, décembre 1931).

CHAPITRE III

La préparation des malades

Tous les chirurgiens sont d'accord pour attacher aux soins pré-opératoires une importance capitale.

C'est qu'en effet ces soins constituent un des facteurs principaux du succès. On doit y apporter une très grande minutie si l'on veut éviter l'infection secondaire se traduisant, soit par des abcès de voisinage, soit par de la rectite glaireuse ou purulente.

Leur but est d'assurer la désinfection du rectum qui, selon la nature même du cancer envisagé, sera plus ou moins facile à réaliser.

Les cancers ulcérés, particulièrement septiques, seront beaucoup plus difficiles à désinfecter que les cancers en plaques, peu septiques et facilement accessibles aux moyens de désinfection. Ceux-ci comprennent des moyens médicaux, la dérivation préalable des matières, les grands lavages rectaux, le curettage et la cautérisation.

Préparation médiate. — La durée de ces soins préliminaires variera selon les cas. Elle doit être en moyenne de 10 à 15 jours.

En pratique la conduite à tenir est la suivante : purger le malade soigneusement une semaine avant l'opération et nettoyer son rectum à l'aide de lavages antiseptiques pratiqués 2 à 3 fois par jour avec une solution faible de permanganate de potasse (1 pour 4.000) ou une solution d'eau oxygénée faite avec 1/2 litre d'eau oxygénée à 4 volumes pour 3 litres d'eau bouillie.

Pendant ce temps, alimentation légère, surtout liquide.

Pendant les 4 ou 5 jours qui précèdent l'opération on pratiquera une injection sous cutanée de 10 cc. de sérum polyvalent de Leclainche et Vallée. On tirera toujours un grand profit de cette sérothérapie préventive qui parachèvera l'œuvre de la désinfection locale, ainsi que des

injections sous-cutanées de sérum physiologique, pour remonter les malades dont l'état général est souvent précaire.

Cependant, si dans la majorité des cas ces moyens suffisent à assurer la désinfection du rectum cancéreux, il y a des cancers d'une septicité telle que ces soins s'avèrent notoirement insuffisants. C'est alors que se pose la question si controversée de l'anūs iliaque préalable pour assurer la dérivation des matières.

Nous ne sommes plus au temps où Pollosson, défendant la méthode qu'il créa en 1884 écrivait : « Toute ablation du cancer rectal sera précédée de l'établissement d'un anus iliaque définitif ».

Bien des critiques ont été adressées à cette méthode. On lui a reproché, et ce n'est pas sans raison, non seulement de retarder l'extirpation du cancer et de prolonger le séjour des malades au lit, mais surtout, par la fixation de l'anse sigmoïde, d'augmenter considérablement les difficultés de l'abaissement. En outre, la fermeture secondaire d'un anus iliaque préalable, fait courir au malade de nouveaux risques opératoires.

Aussi la tendance actuelle des chirurgiens est-elle de pratiquer l'opération en un seul temps et de réserver l'anūs iliaque préalable aux malades en période d'obstruction chronique et, à fortiori, en occlusion aiguë.

Avant tout il convient d'être éclectique et, dans les cancers ulcérés d'une grande septicité, on aura toujours intérêt à pratiquer un anus iliaque gauche 15 jours ou 3 semaines avant l'opération radicale.

En facilitant ainsi au maximum la désinfection du rectum et en préservant des souillures la région opératoire on augmente d'autant les chances de succès.

Les lavages du bout inférieur de l'intestin seront faits régulièrement tous les jours, matin et soir, avec une solution antiseptique faible (permanganate de potasse, à 1 p. 4.000 ou eau oxygénée (1/2 litre d'H²O² à 4 volumes dans 3 litres d'eau bouillie) qui, en moussant, a l'avantage de pénétrer dans toutes les anfractuosités du cancer et d'en assurer la désinfection complète. Il suffira de pousser l'in-

jection à travers une longue sonde molle en caoutchouc, enfoncée jusqu'au contact du cancer.

Nous ne citerons que pour mémoire le curettage et la cautérisation qui sont des procédés aveugles et dangereux et qui sont à rejeter.

Sur nos 19 opérés 4 ont subi un anus iliaque gauche préalable (Observations I, X, XI, XII), 2 pour un cancer ampullaire supérieur, 2 pour un cancer ano rectal.

Ces 4 anus iliaques ont été nécessités par l'occlusion intestinale que présentaient les malades.

Le premier a été fait 21 jours avant l'amputation du rectum ; le 2^e a été pratiqué d'urgence pour occlusion aiguë un mois et demi avant l'opération ; le 3^e a été pratiqué 4 mois avant l'opération ; le 4^e a été pratiqué 1 mois avant l'opération.

Préparation immédiate. — Elle ne diffère pas de celle qui précède toute laparotomie : rasage, savonnage de la peau et désinfection du champ opératoire à la teinture d'iode simple ou dédoublée. Le malade sera sondé et l'on pourra laisser une sonde à demeure en prévision de la rétention d'urine réflexe, qui est de règle après l'opération.

Le mode d'anesthésie n'est pas indifférent.

La durée toujours longue de l'intervention interdit l'emploi du *chloroforme* en raison de troubles hépatiques qui aggraveraient considérablement les suites de l'opération.

L'éther en exposant les opérés à des complications pulmonaires, parfois très graves, ne réalise pas un mode d'anesthésie idéal.

La préférence est donnée actuellement à la *rachianesthésie* qui en raison du silence abdominal complet qu'elle permet d'obtenir et de sa faible nocivité constitue la méthode de choix.

Dix à quinze centigrammes d'*allocaïne* suffiront à assurer une anesthésie parfaite, à condition que l'injection soit pratiquée assez haut au niveau de la colonne dorsale inférieure.

MM. Soupault et Leibovici ont employé dans un certain

nombre de cas, en raison de l'intensité de son action et de sa longue durée, la *percaïne*, chimiquement différente de la novocaïne (c'est le chlorhydrate de la diéthyléthylène diamide de l'acide α - butyloxycinchoninique). Elle est plus toxique, aussi l'emploie-t-on à des dilutions très étendues : 1 à 2 p. 1000, et à la dose de 6 à 18 cc. en injection intrarachidienne. Ainsi diluée sa toxicité devient pratiquement nulle ce qui en fait un excellent anesthésique.

Elle a été adoptée par un assez grand nombre de chirurgiens entre les mains desquels elle donne d'excellents résultats.

Dans aucun des cas que nous rapportons, elle n'a donné d'accidents, ni pendant, ni après l'intervention.

On peut d'ailleurs prolonger l'anesthésie lorsque cela est nécessaire en faisant respirer quelques bouffées d'éther au malade. On procédera ainsi dans 3 cas (Obs. II, IV et X).

La rachianesthésie a une telle supériorité sur les autres modes d'anesthésie qu'elle est adoptée par la majorité des chirurgiens et Okinczyk déclarait à la Société de Gastro-entérologie (Séance du 13 avril 1931) que, par l'emploi de la rachi-anesthésie, sa mortalité opératoire était tombée de 53,3 % à 14,8 % ce qui montre assez l'importance de l'anesthésie dans l'amputation abdomino-périnéale du cancer de rectum, facteur qu'on a trop souvent négligé jusqu'à ces dernières années.

CHAPITRE IV

Les soins post-opératoires

Plus de la moitié du chiffre global de la mortalité opératoire est imputable à l'insuffisance des soins consécutifs. C'est dire toute leur importance. Aussi doivent-ils être confiés à des mains expertes et être soumis à un contrôle fréquent du chirurgien. Il n'aura jamais à regretter la peine qu'ils lui donneront car, grâce à leur exécution parfaite, les interventions les plus pénibles aboutiront très souvent à un excellent résultat. Ces soins s'adressent à la plaie périnéale et à l'état général.

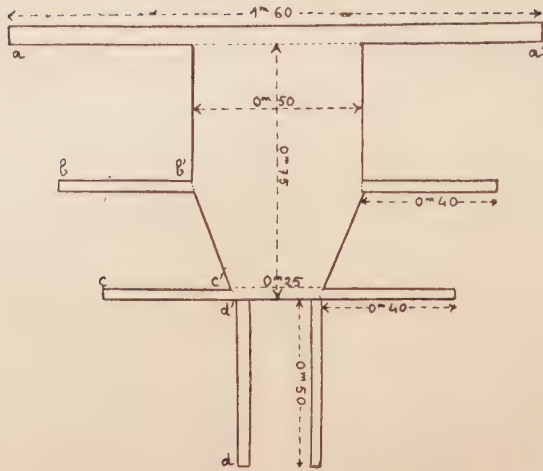
L'opération terminée on appliquera sur le périnée un pansement épais en raison du suintement sérosanguinolent souvent abondant qui se produit dans les heures qui suivent l'opération.

Pour maintenir ce pansement Chalié préconise le bandage suivant : une bande de toile large de 6 ou 7 cm., longue de 1 m. 60 servira à faire la ceinture. En son milieu s'implante un morceau de toile large de 50 cm. environ, sa base large de 75 cm. allant en s'effilant progressivement pour ne plus présenter à sa terminaison qu'une largeur de 25 cm.

Du bord inférieur partent deux bandelettes de 50 cm. de longueur et de 2 à 5 cm. de largeur, qui seront rabattues sur le pubis et fixées à la ceinture (voir schéma).

L'application de ce bandage est facile ; il maintient d'une façon parfaite le pansement.

On renouvellera le pansement autant de fois qu'il sera nécessaire et on nettoiera par des lavages au bœuf la plaie périnéale (au Dakin de préférence). On appliquera ensuite sur la plaie périnéale de la pommade au goudron ou au collargol pour éviter la macération et l'infection des tissus en voie de cicatrisation.



BANDAGE de CHALIER
pour pansements périnéo-sacrés
(in Chalier et Mondor, p. 366)

Le malade une fois pansé est rapporté dans son lit, placé sur une couronne en caoutchouc pleine d'air. On traitera le shock opératoire par des injections de sérum physiologique simple ou adrénaliné, l'huile camphrée, la caféine.

Une transfusion sanguine de 250 à 300 gr. pourra être nécessaire. Même en dehors des cas où elle s'impose par l'abondance de la perte de sang, au cours de certaines interventions particulièrement longues et pénibles, elle est un excellent moyen de lutter contre le shock opératoire. Aussi certains chirurgiens préconisent-ils son emploi systématique après l'opération. M. Soupault s'est rallié à cette opinion. M. Leibovici l'a employée plus souvent dans ses dernières opérations qu'il ne le faisait auparavant.

On réchauffera le malade et l'on restera auprès de lui jusqu'à son réveil.

On constipera le malade par l'administration d'extrait thébaïque ou d'élixir parégorique.

La reprise de l'alimentation sera plus ou moins précoce. Un de nos malades a repris l'alimentation le 6^e jour (Obs. XIV.)

La température sera prise matin et soir dans l'aisselle.

La congestion hypostatique et la pneumonie seront évitées en maintenant le malade à demi assis, en l'isolant dans une chambre particulière et en le faisant lever dès qu'on pourra après l'opération.

On laisse tomber le tube de Paul, dont la chute se fait dans un délai variable (du 6^e au 10^e jour, dans la majorité des cas). Ablation du Mikulicz du 10^e au 12^e jour.

La durée de la cicatrisation est très variable, un ou plusieurs mois, en moyenne 3 mois. La cicatrisation achevée les malades seront revus périodiquement et à chaque examen on vérifiera l'état de l'anus périnéal.

Si l'orifice a tendance à se rétrécir, (ce qui est fréquent) on pratiquera des dilatations aux bougies de Hégar à raison de 1 à 2 séances par semaine.

Dans l'intervalle de ces examens on fera noter par les malades le poids et le régime alimentaire, le nombre de selles quotidiennes, le degré de continence de l'anus périnéal.

Les malades parviennent le plus souvent et assez rapidement, à régler leur intestin. L'un de nos malades (Observ. XI) se présente 2 fois par jour à heure fixe à la selle et parvient ainsi à évacuer son intestin d'une façon très satisfaisante.

Un lavement d'eau bouillie le soir, avant de se coucher, complète l'évacuation, de sorte que le malade dort parfaitement bien la nuit, tout en maintenant propre son pansement jusqu'au lendemain matin.

Ainsi, méthodiquement distribués, ces soins n'importunent pas le malade ni son entourage et lui permettent de conserver une certaine activité.

On n'aura recours aux appareils prothétiques que si la continence de l'anus périnéal est insuffisante.

Toutes les fois qu'un anus iliaque préalable aura été nécessaire, on ne pratiquera sa fermeture qu'après complète cicatrisation de la plaie périnéale, car avant cette cicatrisation des complications infectieuses peuvent se produire et l'anus iliaque, en assurant la dérivation des matières, facilitera grandement la thérapeutique des infections secondaires.

De plus, on aura toujours le cas échéant la possibilité de le transformer en anus iliaque définitif.

DEUXIÈME PARTIE

LES RÉSULTATS

CHAPITRE V

Observations ⁽¹⁾

Sur les 19 observations que nous rapportons, 6 concernent des malades opérés par M. Leibovici, 13 concernent des malades opérés par M. Soupault.

D'après le siège du néoplasme ces 19 cas se répartissent de la façon suivante :

Cancer recto-sigmoïdien : 1 cas.

Cancer ampullaire supérieur : 5 cas.

Cancer ampullaire moyen : 5 cas.

Cancer ampullaire inférieur : 2 cas.

Cancer ano-rectal : 6 cas.

Ne pouvant parler de guérisons durables, puisque l'observation la plus ancienne remonte à deux ans et trois mois, force nous a été de nous limiter à l'étude des suites opératoires.

Ces résultats comprennent les suites immédiates de l'intervention jusqu'à la cicatrisation de la plaie périnéale d'une part, les suites plus éloignées s'échelonnant sur les mois suivant l'intervention, d'autre part.

Aussi les guérisons opératoires les plus anciennes tout en permettant d'escompter des survies prolongées comportent une grosse part d'incertitude du fait de la possibilité des récidives et des métastases éloignées.

(1) Les photographies qui accompagnent les Observations IV, V, XIV, XIX, sont dues à l'obligeance du D^r Ivan Bertrand, chef du laboratoire d'Anatomie pathologique de la Salpêtrière (Service du Professeur Gosset). Nous l'en remercions et lui exprimons notre vive gratitude.

Observation I.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire supérieur évoluant depuis deux mois. Anus iliaque gauche préalable pour phénomènes de subocclusion. Guérison opératoire se maintenant depuis deux ans et trois mois. Résultat fonctionnel médiocre.

Mme M..., 65 ans. Le début des accidents remonte à juin 1930. Constipation opiniâtre, faux besoins suivis d'évacuations de glaires sanguinolentes. Les pertes de sang augmentent en quantité, mais jamais d'hémorragie abondante. En 1914, fibrome utérin traité par rayons X.

OPÉRATION le 1^{er} août 1930. COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (D^r Soupault).

Anesthésie : éther.

Anus iliaque gauche : incision iliaque de Roux. Pas d'ascite. On ne sent pas de bourgeonnement sur la séreuse. La main explore le rectum qui paraît bien mobile. On libère un peu supplémentairement son bout supérieur et on y fait porter l'anus par le procédé habituel du pont cutané. On fixe l'intestin par deux ou trois soies au péritoine pariétal. Compresses vaselinées.

Ouverture longitudinale de l'anse extériorisée le quatrième jour.

AMPUTATION ABDOMINO-PÉRINEALE pratiquée le 23 août 1930.

Anesthésie rachidienne (Percaïne).

1^{er} temps : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas d'adhérences. Pas de greffes péritonéales. On repère l'hémorroïdale supérieure. Section entre deux ligatures, puis section du méso perpendiculairement à l'intestin au point qui paraît le plus abaissable et qui est marqué par une ligature à la soie sur l'intestin. Débridement du pied du mésocolon qui forme un peu corde. Malgré cela on se rend compte que la longueur d'intestin abaissé sera à peine suffisante vu la fixation de l'intestin à l'anus artificiel. Incision du méso-rectum presque jusqu'à la hauteur du Douglas. On amorce ensuite le décollement rétro-rectal. On y glisse un Mikulicz renversé. Ce décollement s'ouvre en haut en un hiatus limité non seulement par la brèche péritonéale, mais par deux replis assez résistants sous-jacents au péritoine, probablement ligaments utéro-sacrés. Suture de deux bords sectionnés du méso-rectum par 4 ou 5 catguts. Fermeture provisoire de l'abdomen par 3 bronzes.

Temps périnéal : Incision en raquette. Ouverture du raphé ano-coccygien. Libération des bords du coccyx. Pénétration dans l'espace présacré. Décollement jusqu'à rejoindre le Mikulicz au doigt. Traversée des fosses ischio-anales. Incision des releveurs sur le doigt. Section du raphé ano-vulvaire. On essaie d'amorcer, trop tôt, le décollement vagino-rectal en passant au-dessus des releveurs. On blesse

légèrement la paroi inférieure du rectum. On poursuit de bas en haut le décollement recto-vaginal jusqu'à arrivée dans le plan de clivage. Puis on rejoint facilement le Douglas qui est ouvert. Il reste alors à couper les ailerons moyens avec les faisceaux antérieurs des releveurs puis les culs de sac latéraux du péritoine à gauche d'abord, à droite ensuite, tous tendus par les ligaments utéro-sacrés. Hémostase. Le rectum s'abaisse mais pas plus près que 6 cm. du plan des fesses. On le fixe par 8 catguts sur toute la brèche périnéale antérieure. En arrière de lui, au contraire, le Mikulicz préalablement placé est étalé et bourré de 4 mèches. On ne voit aucune anse grêle. On place une mèche rectale et une de chaque côté. On bourre encore avec des compresses imbibées d'opsolysine.

3^e temps : On achève la fermeture abdominale en serrant les trois bronzes et en ajoutant une soie totale à l'angle supérieur vers lequel s'était insinué un peu d'épiploon. Suture de la peau aux agrafes.

EXAMEN DE LA PIÈCE : Gros néoplasme bourgeonnant, deux fois plus large qu'une pièce de 5 francs situé sur la paroi droite et antérieure à 8 ou 10 cm. de l'anūs. Pas de ganglions au niveau de la partie supérieure du méso, mais on en trouve 2 ou 3 dans l'épaisseur de celui-ci.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (D^r Nicolas) : Epithélioma cylindrique typique végétant de l'ampoule rectale. Le ganglion examiné n'est pas atteint par le processus néoplasique.

Malade revue le 6 novembre 1930. Très bon état.

Revue le 2 décembre 1930. A repris plusieurs kilos. L'intestin va bien, avec un laxatif, tous les 2 jours.

Revue le 20 janvier 1931 : Excellent état général et bon état local. Envoyée au D^r Renaudeau pour radiographie après moulage du trajet.

A la demande formelle de la malade et après plusieurs séances de dilatation diathermiques, on procède le 7 mars 1931 à la fermeture de l'anūs.

La malade est revue le 4 juillet 1931 : A repris 1 kg. 500 depuis mars. Alimentation normale. Evacuation intestinale tous les deux jours au moyen d'un lavement ou deux à l'eau de guimauve après une pilule laxative la veille. Pas de douleurs. Dilatations diathermiques hebdomadaires (11 séances) du N° 12 au N° 18 depuis fin avril. Très bon aspect de la région périnéale. Un peu d'induration à droite. Tendance à l'éventration des deux cicatrices abdominales.

Revue le 15 septembre 1931 : Quelques ennuis au cours des défécations. Doit prendre un lavement tous les deux jours. N'a pas maigri. Ne souffre pas.

Revue le 1^{er}/mars 1932 : A maigri de 1 kg. en 10 mois. A bon appétit. Très bonne activité physique, mais grosse gêne fonctionnelle. Alternatives de diarrhée et de constipation.

Revue le 30 août 1932 : Va très bien, mais a des crises d'obstruction durant 8 jours toutes les six semaines, suivies de débâcles dues à un rétrécissement de la terminaison colique. On conseille de con-

tinuer les dilations diathermiques et d'attendre. On propose un nouvel anus iliaque, mais la malade préfère sa situation actuelle.

*
* *

Observation II.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire moyen évoluant depuis six mois. Anus iliaque gauche secondaire réclainé par le malade. Guérison opératoire se maintenant depuis 26 mois. Bon résultat fonctionnel.

M. V..., 39 ans. Est adressé par le D^r Hamburger au D^r Soupault en août 1930.

Examen clinique : néoplasme de l'ampoule rectale situé à 6 cm. environ au-dessus de l'anūs, en forme de cocarde de 4 cm. environ de diamètre (le doigt accroche la partie supérieure). Localisation sur la face postérieure et un peu à droite.

La biopsie faite par le D^r Hamburger confirme le diagnostic clinique. Les examens divers sont satisfaisants.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 21 août 1930 (D^r Soupault). Anesthésie rachidienne + éther.

Premier temps : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Libération du sigmoïde sur une petite étendue. L'anse est assez longue. Section de l'hémorroïdale supérieure, puis du méso jusqu'au point de l'intestin qui paraît le plus déclive, au sommet de l'anse oméga. On débride ensuite le méso récliné sur 10 cm., tout près de son pied et on amorce le clivage postérieur par 4 ou 5 caiguts dont l'inférieur est conservé comme repère. On suture les deux lambeaux péritonéaux postérieurs. On vérifie si le point rectal repéré par une ligature à la soie s'abaisse facilement. Il y a une traction au niveau du méso et on y fait une recoupe très près du pied. L'abaissement devient facile. Fermeture de la paroi en un étage aux doubles crins.

Deuxième temps : Suture de l'anūs en bourse. Incision genre Cunéo. On traverse les fosses ischio-anales sans ligatures, puis on incise le raphé ano-coccygien et par là on pousse aussi haut que possible le décollement présacré, facile, puis on coupe le releveur à droite et à gauche en ménageant ses faisceaux antérieurs. Ouverture du raphé ano-bulbaire sur le doigt passé au-dessus du faisceau antérieur des releveurs. On coupe ceux-ci ainsi que le muscle recto-urétral jusqu'à la prostate. A ce moment une brèche est faite dans la paroi antérieure du rectum. On l'aveugle par une compresse intra-rectale et en enveloppant le rectum dans un champ. On poursuit le décollement recto-prostatique jusqu'au Douglas qu'on ouvre. Section des ailerons du rectum et ligatures. Suture des recessus péritonéaux péricrectaux. Le rectum descend alors facilement. Sur toute la moitié

antérieure on péritonise avec des points séparés au catgut. En arrière les anses grêles se sont engagées dans la concavité sacrée sortant par la brèche retro-rectale et comme le malade commence à souffrir on lui donne une anesthésie générale et on le met en position déclive. Après refoulement soigneux des anses on bourre cette brèche au moyen de deux mèches et de deux compresses imbibées de sérum de Leclainche et Vallée. Enfin le rectum est ouvert au-dessus du fil repère. On y introduit un tube de Paul qu'on serre 3 cm. au-dessus par une grosse soie.

OUVERTURE DE LA PIÈCE : Gros néoplasme, d'une surface supérieure à celle d'une pièce de 5 fr. sans grosse infiltration au pourtour. A une première dissection on ne trouve pas de grosse adénopathie, particulièrement au groupe du promontoire, mais un petit ganglion dur, assez bas situé dans le méso. Pièce confiée pour photographie et examen histologique au laboratoire du Professeur Cunéo (Lariboisière).

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE : Néoplasme de l'ampoule rectale. Prolifération épithéliomateuse réalisant encore des culs de sac pseudo-glandulaires dont les cellules cependant ne secrètent plus de mucus et sont très basophiles. On retrouve même des culs de sac glandulaires jusque dans le tissu sous-péritonéal. Les végétations épithéliomateuses sont très exubérantes et le stroma très grêle. Histologiquement forme très active. Le ganglion ne présente qu'une hyperplasie inflammatoire.

Les *suites opératoires* furent aussi simples que possible.

Le malade revu le 8 novembre 1930 a repris 1 kg. 450 en 10 jours. Selles régulières. Se trouve très bien de sa ceinture.

Orifice anal admettant l'auriculaire gauche.

Suites éloignées : Revu le 8 février 1931. Suites excellentes. Cependant le poids reste inférieur de 2 kg. à celui de novembre.

Revu en mai 1931 : Rétrécissement opératoire de la région anale. Douleurs vives au moment de la défécation qui font réclamer par le malade un anus iliaque (Malade très nerveux).

SECONDE INTERVENTION 15 mai 1931. Anus iliaque gauche.

Anesthésie : Schleich + éther.

Incision iliaque un peu haute. Dissociation musculaire. On trouve aussitôt le colon naturellement assez peu libre. On doit procéder sur une petite étendue au décollement colo-pariétal. Il n'y a par ailleurs ni ascite, ni adhérences post-opératoires. Le doigt explorant sommairement la cavité pelvienne ne rencontre aucun nœud de récidive. Extériorisation d'une anse du colon. On passe une baguette de verre au-dessous d'elle et on fixe l'intestin au péritoine pariétal par 4 petites soies. Suture des deux angles de la peau à la soie.

Malade revu le 8 janvier 1932. Poids stationnaire : 62 kg. 400. Excellent état.

Revu fin septembre 1932. Excellent état général. Le malade a repris son activité sportive et professionnelle. Excellent état local. L'anus iliaque fonctionne bien.

*
* *

Observation III.

RÉSUMÉ : Cancer ano-rectal évoluant depuis 7 mois. Décollement recto-prostatique difficile. Mort de cachexie un an après l'opération avec violentes douleurs abdominales sans phénomènes d'occlusion.

M. N..., 43 ans, manœuvre, entre à l'hôpital Lariboisière le 1^{er} septembre 1930 pour des douleurs à la défécation, de l'amaigrissement et de l'asthénie. Le début remonte à 6 ou 7 mois marqué par des douleurs dans le bas ventre et de la diarrhée ce qui frappe, le malade étant constipé depuis longtemps et n'allant d'ordinaire à la selle que tous les deux ou trois jours. Le début des douleurs à la région anale date de trois mois. Elles s'accompagnent de besoins impérieux suivis d'élimination de glaires et de quelques gouttes de sang rouge. Ces symptômes persistent et augmentent progressivement d'intensité jusqu'au mois d'août, époque à laquelle après une crise colique se produit brusquement un saignement par l'anus qui dure une journée.

Le *toucher rectal* est très douloureux. A 1 cm. au-dessus de l'orifice anal sur la face gauche se trouvent des nodosités dures. Le doigt en s'enfonçant constate qu'elles se continuent avec une plaque bourgeonnante étalée en hauteur presque jusqu'au bout du doigt (6 à 8 cm.) ulcérée en son centre et étendue circulairement depuis la face postérieure jusqu'à la face antérieure. Elle paraît fixée sur le plan profond. Au-dessus l'intestin paraît sain. Le doigtier ramène peu de sang.

Dans les aines quelques ganglions bilatéraux. Pas d'ascite perceptible. Le foie n'est pas augmenté de volume. Pas d'œdème des membres inférieurs.

L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal.

Cœur normal.

T. A. : 10 1/2. 5 1/2, au Vaquez.

Urée sanguine : 0 gr. 40 par litre.

Les urines ne présentent ni albumine, ni sucre, ni acétone.

Temps de saignement : 2 minutes 1/2.

Temps de coagulation : 5 minutes.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 19 septembre 1930 (D' Soupault).

Anesthésie rachidienne + éther.

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Colon sigmoïde à méso long. Quelques adhérences au péritoine iliaque rapidement libérées. Une ligature à la soie au point déclive de la boucle sigmoïdienne. Découverte du pédicule hémorroïdal supérieur qui est lié à 4 cm. au-dessus du promontoire. Débridement du méso-rectum au niveau de son pied. Immédiatement décollement présacré poursuivi aussi bas que possible. On y tasse un Mikulicz renversé. 5 catguts rapprochent les bords de la brèche péritonéale postérieure en descendant aussi bas que possible. D'autre part un tampon de gaze fixé à la grosse soie repère de l'intestin est placé au fond du Douglas. Fermeture de la paroi en un plan aux doubles crins.

Temps périnéal : Incision en raquette. On traverse les fosses ischio-anales et, en arrière, après section du raphé ano-coccygien, pénétration dans l'espace présacré où on rejoint rapidement à 5 ou 6 cm. le décollement fait par le haut et le Mikulicz. Les doigts tendent les releveurs et on les coupe à droite et à gauche. On se rend compte qu'à gauche il y a quelques traînées dures scléreuses. En avant pénétration dans l'espace rétro-prostatique (Temps difficile malgré la présence d'une sonde urétrale à demeure). Section des faisceaux antérieurs des releveurs. On rejoint le cul-de-sac de Douglas qu'on ouvre facilement grâce au tampon. Une pince est mise sur chaque aileron du rectum bien repéré et ensuite coupé. Débridement des culs-de-sac péritonéaux latéro-rectaux. Le rectum descend alors. On l'amarre par 3 catguts en avant et sur les côtés à la demi collerette péritonéale. En arrière on déploie le Mikulicz et on y tasse 4 mèches et un drain. Hémostase de la brèche péritonéale et enfin deux mèches antéro-latérales, après que le rectum a été lié sur un gros tube de Paul, puis coupé (Durée totale de l'opération : une heure 5 minutes).

EXAMEN DE LA PIÈCE : Néoplasme de la taille d'une grosse pièce de 5 fr. arrivant jusqu'à 2 cm. au-dessus de l'anus. Nombreux ganglions rétro-rectaux dont un juste au milieu du promontoire.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (Dr Nicolas).

1° *Fragment de tumeur* : Muqueuse sensiblement hyperplasiée, avec tubes irréguliers tapissés de cellules ayant perdu tout caractère des cellules normales. Ces proliférations néoplasiques envahissent et détruisent les plans sousjacents, et on rencontre des îlots cancéreux jusque dans le tissu sous-péritonéal épaissi. Nombreuses figures de karyokinèse.

2° *Ganglions* : Le plus gros (Hile du rectum) et un des deux petits (de la face postérieure) ne permettent pas d'affirmer l'origine ganglionnaire et semblent plutôt être des fragments de la tumeur elle-même et présentent la même structure histologique. Le petit ganglion du promontoire présente un léger degré de réaction inflammatoire mais sans envahissement néoplasique.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma cylindrique typique du rectum.

Suites opératoires normales. Le malade est sorti le 12 octobre 1931.

Sténose cicatricielle nécessitant plusieurs séances de dilatation diathermique sans résultat. Subocclusion du grêle en décembre 1931.

Le malade est mort un an après l'opération à l'hôpital Lariboisière avec des signes de cachexie extrême, de violentes douleurs abdominales, sans phénomènes d'occlusion. L'autopsie n'ayant pu être faite, on n'a pu savoir s'il s'agissait d'une récurrence ou d'une métastase éloignée.

*
**

Observation IV.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire moyen évoluant depuis trois mois. Les suites opératoires furent marquées par un sphacèle très limité du bout colique. Guérison opératoire se maintenant depuis 23 mois. Résultat fonctionnel médiocre.

Mlle R., 65 ans. Entre à l'hôpital Lariboisière le 13 décembre 1930 pour des troubles intestinaux. Au mois de septembre, pour la première fois, elle a des envies impérieuses avec selles peu abondantes, parfois quelques glaires seulement. Elle a eu une hémorragie de sang rouge (1/2 verre environ) accompagnée de brûlures dans le rectum et des douleurs dans la région lombaire. Anorexie suivie d'amaigrissement (3 kg. environ). Asthénie légère. Les selles deviennent de jour en jour plus nombreuses (8 à 10 en 24 heures).

Examen : Anus normal. Dès la sortie du canal anal petite bride à la face antérieure, qui conduit à 4 cm., sur un premier bourgeon qui est en continuité avec un second bourgeon occupant la partie antérieure et gauche de l'ampoule. Au-dessus, induration circulaire retrécissant l'ampoule à environ 7 cm. de l'an us. Par l'orifice, l'index peut s'engager, mais non franchir complètement la zone sclérosée. En faisant pousser la malade on constate que la tumeur descend très bien.

Le toucher bidigital permet de vérifier le glissement de la muqueuse vaginale sur la paroi rectale.

Pas d'adénopathie inguinale.

Appareil cardio-vasculaire normal.

T. A. : 15. 9, au Vaquez.

Urée sanguine : 0 gr. 50 par litre.

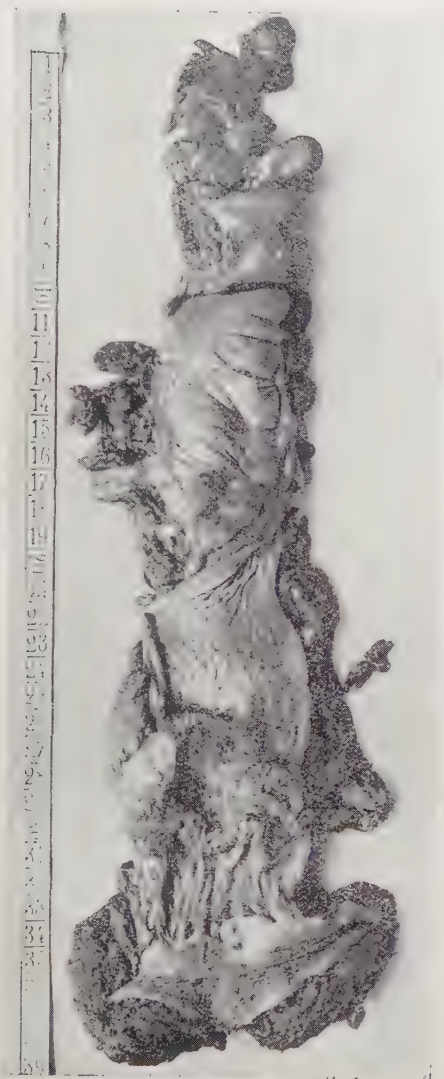
La rectoscopie pratiquée par le Dr Bensaude confirme qu'il s'agit d'un épithélioma rectal siégeant à 7 cm. de l'an us.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 19 décembre 1930 (Dr Soupault).

Anesthésie rachidienne (Percaïne).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Malade grasse. Après refoulement des anses, on explore la tumeur qui paraît relativement assez mobile. On isole le colon sigmoïde.

OBSERVATION IV



Photographie de la pièce
(Cliché S. Tallard)

Laboratoire du Professeur Gosset.

OBSERVATION V



Photographie de la pièce
(Cliché S. Tallard)

Laboratoire du Professeur Gosset.

a) Repérage du point déclive du colon sigmoïde. Ligature avec une grosse soie à laquelle est fixé un tampon. Celui-ci sera ensuite logé dans le Douglas.

b) Au-dessus du promontoire ligature de l'artère hémorroïdale supérieure.

c) Section radiée du méso-colon entre la ligature artérielle et la ligature intestinale. Hémostase des vaisseaux.

d) Section du pied du méso-rectum des deux côtés sur environ 10 cm.

e) Décollement présacré jusqu'à la pointe du coccyx.

f) Reconstitution du péritoine présacré par 4 ou 5 catguts. Dans la petite brèche restant à la face postérieure du rectum, en avant de la partie inférieure du sacrum, dans le décollement, on glisse un sac de Mikulicz, tête en l'air. Fermeture de la paroi en un étage à la soie et peau à la soie sans drainage.

Temps périnéal : Fermeture de l'anus au moyen d'une grosse soie. Incision périnéale. Section du raphé ano-coccygien. On rejoint immédiatement le décollement retro-rectal. Section des releveurs de chaque côté. Clivage du plan recto-vaginal où il existe une adhérence fibreuse sans doute inflammatoire, assez marquée, qui rend ce temps difficile. On poursuit jusqu'à percevoir le cul-de-sac de Douglas qui est facilement ouvert. On achève alors la section des faisceaux antérieurs des releveurs, des ailerons du rectum, du péritoine latéral. Quelques ligatures. Abaissement de l'intestin jusqu'à la ficelle repère. Fixation des 3/4 antérieurs de la collerette péritonéale à l'intestin. Une mèche en avant, une mèche de chaque côté et enfin en arrière déplissement du Mikulicz dans lequel on introduit 3 mèches. On achève, en sectionnant le colon après avoir introduit un gros tube de Paul relié à un tube d'évacuation.

EXAMEN DE LA PIÈCE : Gros néoplasme circulaire. L'envahissement est surtout marqué sur la paroi antérieure. Il y a des ganglions dans le méso.

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (D^r I. Bertrand) : Epithélioma cylindrique typique. Nombreuses mitoses et atypies nucléo-protoplasmiques. Basophilie du protoplasme. Les deux ganglions examinés ne présentent aucune trace de métastase.

Les suites opératoires furent simples. La température n'a jamais dépassé 38°. A noter cependant le sphacèle du bout colique survenu deux jours après l'intervention et qui, très limité, n'eut aucune suite fâcheuse.

La malade est sortie de l'hôpital le 20 janvier 1931.

Revue le 13 juin 1932. — L'orifice anal admet l'entrée du petit doigt mais pas plus. Un peu d'irritation de la peau au voisinage. Bon état général. Poids stationnaire. Pas de régime spécial. La malade prend de la poudre de réglisse composée, du Codex, de temps en temps.

Elle nous écrit, à la date du 28 septembre 1932, qu'elle ne parvient pas à régler son intestin et souille fréquemment son pansement dans la journée.

Parfois douleurs au niveau du nouvel anus.
Léger amaigrissement depuis le mois de juin.

*
* *

Observation V.

RESUME : Cancer ano-rectal évoluant depuis 5 mois.
Mort d'anurie 3 jours après l'opération.

M. C..., 55 ans. Entre à l'hôpital Lariboisière le 21 avril 1931.

A 19 ans a été opéré d'une fistule anale. Vers 25 ans apparaissent des hémorroïdes se traduisant par des hémorragies survenant par périodes entre lesquelles le malade ne se plaint de rien. Vers l'âge de 30 ans le malade a une entérite muco-membraneuse qui dure un an. Les selles ont l'aspect de blanc d'œuf et contiennent du sang. Depuis le mois de janvier il ressent une pesanteur dans le rectum. Pas de douleurs véritables. Les hémorragies précèdent les matières. Elles sont peu abondantes. Le malade ressent de légères coliques et a parfois des épreintes.

Une biopsie a été faite en mars à l'hôpital Necker. Elle concluait à la nécessité d'une intervention.

Amaigrissement de 4 kilos en un mois et demi.

L'appétit est conservé.

Toucher rectal : A environ 2 cm. de l'orifice anal on perçoit deux petites masses grosses comme une noisette, l'une supérieure, l'autre inférieure séparées par un sillon. Ces petites masses sont situées au niveau des parois gauche et antérieure du rectum. Elles sont très dures, assez bien limitées, peu douloureuses. Les parois postérieure et latérale du rectum sont souples. Le rectum est mobile en arrière et en avant. Le doigt revient un peu taché de sang d'odeur peu fétide.

Abdomen souple. Foie petit. Rate normale. Très petite adénopathie inguinale droite. Cœur normal.

T. A. : 15 1/2. 9 1/2 au Vaquez.

Urée sanguine : 0 gr. 50 par litre.

Temps de coagulation : 5 minutes.

Temps de saignement : 2 minutes.

OPÉRATION le 24 avril par le D^r Leibovici. — **COMPTE RENDU OPÉRATOIRE :** Rachi-anesthésie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Temps abdominal : Le malade étant gras, la distance ombilico-pubienne étant courte, on est forcé de déborder en haut l'ombilic.

On va au colon sigmoïde. Il a une longueur moyenne, quelques adhérences fixent sa partie supérieure au péritoine de la fosse iliaque droite. On le libère. Mais surtout le colon est extrêmement gras, des franges graisseuses, volumineuses, cachent presque complètement sa

face latérale. Son méso est gras, très épais et l'on ne voit pas du tout les artères qu'il contient.

On repère son point déclive par une grosse ligature à la soie. On pratique ensuite la ligature de l'hémorroïdale supérieure au-dessus du promontoire. En raison de l'étroitesse et de la profondeur du bassin, ce temps est laborieux. L'incision radiée du méso-sigmoïde est également difficile en raison de l'adiposité du méso et de sa friabilité. On a à pincer plusieurs artères avant de rejoindre l'intestin. On pratique ensuite le décollement rétro-rectal au niveau de la tumeur. On a des adhérences assez serrées à vaincre. Enfin la section du péritoine latéro et pré-rectal est également difficile. Mise en place du Mikulicz renversé et rétro-rectal.

Fermeture de la paroi au fil de bronze.

Temps périnéal : Incision péri-anale, transversale pré-anale, et sagittale rétro-rectale. Section du raphé ano-coccygien. Section des releveurs. Le décollement pré-rectal est extrêmement difficile, car les ischions sont très rapprochés, le malade est gras et le périnée très vasculaire. On met pas mal de temps à trouver le cul-de-sac de Douglas et à l'ouvrir. De plus, le péritoine ainsi incisé est fragile et tient à peine sous la pince. Libération complète du rectum. Abaissement progressif du colon. Il ne se fait pas sans difficulté. Peu à peu cependant on l'amène au dehors jusqu'au point déclive repéré par le fil de soie. La péritonisation est très difficile, le péritoine est fragile et se déchire, l'intestin même est difficilement repéré. On place le Mikulicz rétro-rectal et on place des mèches sur les côtés, en avant pour compléter la péritonisation. Mise en place du tube de Paul. Au total : opération longue, laborieuse et pénible, mais résultat opératoire satisfaisant.

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE : Tumeur profondément indifférenciée d'origine épithéliale probable. Véritable carcinome infiltrant le stroma d'une manière si diffuse qu'on pense avoir affaire à un tissu sarcomateux. Nombreuses mitoses et monstruosités cellulaires.

SUITES OPÉRATOIRES : Le lendemain rien d'anormal. Pouls un peu rapide, malade pas trop choqué, mais oligurie. Les jours suivants, léger ballonnement du ventre ; le malade cependant émet des gaz par le tube de caoutchouc raccordé à l'intestin. Il s'écoule même un peu de liquide noirâtre. Rien d'anormal du côté de la plaie opératoire. La température s'élève, la langue se dessèche.

Le malade est mort le 27 avril 1931 d'accidents urémiques (Toupeur progressive, coma, anurie).

*
**

Observation VI.

RÉSUMÉ : Cancer ano-rectal évoluant depuis plus d'un an. Résection de la paroi vaginale postérieure. Gué-

raison opératoire. Mort 4 mois 1/2 après l'opération. (Métastases pelviennes et péritonéales).

Mme S..., 57 ans. Est adressée au D^r Soupault en avril 1931. Castration unilatérale en 1907. Il y a un an, éviscération au niveau de la cicatrice. Depuis janvier 1931 souffre de l'estomac, une demie-heure après les repas, deux ou trois fois par semaine. Amaigrissement de plusieurs kilos. Sang rouge dans les selles.

La malade qui avait consulté un an auparavant a refusé, à cette époque, l'opération qu'on lui conseillait.

Le *toucher rectal* montre qu'il s'agit d'un cancer de la partie basse de l'ampoule, descendant jusqu'à 3 cm. au-dessus de l'anus.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 30 avril 1931 (D^r Soupault).
Anesthésie rachidienne (Scurocaine).

Temps abdominal : Laparotomie médiane passant par l'ancienne cicatrice qui porte une éviscération. Pas d'adhérence à la paroi, mais par contre le Douglas est comblé, et c'est aux ciseaux que peu à peu on libère la trompe gauche et la face postérieure de l'utérus. Le colon sigmoïde est long et contient des sciballes qu'on refoule progressivement au doigt par la partie du rectum qui sera enlevée. Ligature du colon au point qui paraît le plus déclive. Recherche de l'hémorroïdale supérieure au promontoire. Elle n'est pas très nettement vue, mais liée à travers le méso (On aperçoit un beau nerf présacré que l'on respecte). Le méso est lié ensuite en chaîne jusqu'à la ligature colique. Section du pied du méso-rectum jusqu'au Douglas. Décollement présacré. On glisse un Mikulicz renversé et placé dans le Douglas. La péritonisation est faite au niveau du promontoire par trois points. Fermeture en un plan aux bronzes. Affrontement cutané à la soie.

Temps périnéal : Incision en raquette allant jusqu'au vagin. Ablation large de la graisse périanale en raison de la situation basse du méso. Section du raphé ano-coccygien. On retrouve le décollement rétro-rectal et le Mikulicz. Section facile des releveurs d'arrière en avant. Ce temps est particulièrement facilité par ce fait qu'on excise toute la paroi postérieure du vagin jusqu'à 4 cm. du fond du cul-de-sac postérieur. On trouve ainsi tout de suite le Douglas. On doit lier les deux vaginales longues qui saignent abondamment et quelques rameaux accessoires. En allant déplier le Mikulicz, celui beaucoup trop petit et mince vient en entier et on aperçoit immédiatement deux anses grêles qu'on refoule soigneusement au delà du promontoire. On place un Mikulicz plus étoffé, qu'on bourre par 4 mèches. Fermeture par 3 ou 4 points de la paroi postérieure du vagin. Une mèche latéro-rectale de chaque côté. Une mèche en avant et des compresses au centre. Le colon est enfin coupé et lié sur un gros tube de Paul droit. Pansement et sonde vésicale à demeure (Il s'écoule aussitôt de l'urine claire).

La malade est sortie de la clinique 40 jours après l'opération. Elle est morte le 17 septembre 1931 (Métastases pelviennes et péritonéales).

Observation VII.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire supérieur. Début clinique 3 mois avant l'opération. Guérison opératoire se maintenant depuis 16 mois. Bon résultat fonctionnel.

M. C..., 53 ans. Entre à l'hôpital Lariboisière le 12 juin 1931 parce qu'il se sent fatigué et a maigri de 10 kilos en deux mois et demi. Ce n'est que par un examen complet qu'on trouve au toucher rectal à 10 cm. de l'anus une petite masse du volume d'une noix située à la face antérieure du rectum. Le doigt ramène du sang. Le malade n'a jamais eu de douleurs. Dans ses antécédents on note de la diarrhée. Deux ou trois fois il a constaté la présence de sang rouge dans ses selles. Pas de méloëna.

Appétit conservé.

Urée sanguine : 0 gr. 35 par litre.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 23 juin 1931 (D' Soupault).
Anesthésie rachidienne (Percaïne).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Libération du sigmoïde. Une ligature à la soie au point déclive de la boucle sigmoïdienne. Lors de la section du méso on ne voit pas nettement l'hémorroïdale supérieure qui se trouve liée au cours des ligatures en chaîne. Débridement du méso-rectum au niveau de son pied. Immédiatement décollement pré-sacré poursuivi aussi bas que possible. On y tasse un Mikulicz renversé. Le péritoine pelvien est refermé par un surjet au catgut. Paroi en un plan aux bronzes sans drainage avec soies intermédiaires.

Temps périnéal : Incision en raquette. On traverse les fosses ischio-anales et en arrière après section du raphé ano-coccygien, pénétration dans l'espace présacré, où on rejoint rapidement le décollement fait par le haut, et le Mikulicz. Les doigts tendent les releveurs et on les coupe à droite et à gauche. En avant pénétration dans l'espace rétro-prostatique. L'urèthre est bien repéré grâce à une sonde uréthrale. On passe au ras de la prostate qu'on décortique. Le rectum est fixé par 5 points au péritoine vésical. La section s'effectue comme d'habitude. On garnit la plaie par 4 mèches en arrière, une mèche de chaque côté et 2 mèches en avant. Sonde vésicale à demeure.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (D' I. Bertrand) : Epithélioma cylindrique typique. Lésions peu infiltrantes. Nombreuses mitoses et atypies nucléo-protoplasmiques. Un ganglion indemne de métastase, simple réaction inflammatoire.

Suites immédiates : Ablation des mèches et chute du drain le 6^e jour. Suppression de la sonde uréthrale. Ablation des mèches du

Mikulicz le 11^e jour. Ablation des fils abdominaux le 14^e jour. Poids, 61 kg. Sorti le 21 août 1931.

A l'examen, on constate l'existence d'un orifice scléreux admettant à peine l'extrémité du doigt. Quelques bourgeons charnus un peu exubérants. Le toucher fait légèrement saigner.

Revu le 20 octobre 1931 : A engraisé de 300 grammes en une semaine.

Revu le 12 septembre 1932 : Va très bien à la selle, tous les deux jours avec des laxatifs (Sirop de Gobey). A deux reprises en deux mois a dû s'aider de petits lavements après trois jours de constipation. Toutes les six semaines environ il doit subir des dilatations aux bougies simples et on peut ainsi aller jusqu'au n^o 14 sans faire saigner et sans vives douleurs.

Poids stationnaire : 65 kg.

*
**

Observation VIII.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire inférieur. Début clinique deux ans avant l'opération. Guérison opératoire se maintenant depuis 15 mois. Résultat fonctionnel médiocre.

Mlle Ri..., 52 ans. Entre à l'hôpital Lariboisière le 26 juin 1931 pour des hémorragies et des douleurs anales. Depuis deux ans elle présente des selles colorées en rouge, le sang recouvre les matières sans y être mêlé. Depuis avril 1931, aux hémorragies s'ajoutent des douleurs à type de brûlures, au moment et entre les défécations. Pas de ténesme. Pas d'épreintes. Peu d'amaigrissement, mais anorexie complète.

Toucher rectal : Sur la paroi postérieure du rectum à 4 cm. de l'anus, des bosselures dures, irrégulières, sensibles, ne saignant pas au toucher. Aucune induration du rectum qui reste bien mobile.

Cœur et poumons normaux.

T. A. : 15. 7, au Vaquez.

Urée sanguine : 0 gr. 30 par litre.

La *rectoscopie* pratiquée par M. Bensaude a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma typique du rectum, situé à 4 cm. de l'anus.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 1^{er} juillet 1931 (D^r Soupault).

Anesthésie rachidienne (Percaïne).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Bonne anesthésie. Quelques adhérences sigmoïdiennes. L'anse est assez courte. On procède comme d'habitude, et il n'y a rien de spécial à signaler. Paroi en un plan, aux bronzes.

Temps périnéal : Nombreux vaisseaux à ligaturer. Technique habi-

tuelle. Pas de résection de la cloison vaginale. On trouve rapidement le Mikulicz en arrière et aussi le tampon dans le cul-de-sac de Douglas. Il faut lier séparément les artères hémorroïdales moyennes. La péritonisation en avant et sur les côtés est bonne. 4 mèches dans

Le Mikulicz, 2 mèches sur les côtés et deux compresses imbibées d'oposylsine en avant. Section du rectum qu'on ligature sur un tube de Paul gros et coudé. L'intestin s'abaisse assez bien.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE : Epithélioma cylindrique typique. Nombreuses mitoses nucléo-protoplasmiques.

Les suites opératoires furent simples. La malade est sortie de l'hôpital en parfait état le 29 août 1931.

La malade nous a écrit de Marmagne-sous-Creusot (Saône-et-Loire) à la date du 14 septembre 1932 : « Je ne vais jamais normalement à la selle et à chaque instant de la journée je m'en vais dans mon pansement. J'ai maigri, j'ai bien toujours perdu 6 kilos ».

*
**

Observation IX.

RÉSUMÉ : Cancer ampillaire moyen. Début clinique 3 mois avant l'opération. Fistule recto-vaginale 5 mois après, nécessitant une seconde intervention. Guérison se maintenant depuis 14 mois. Résultat fonctionnel médiocre.

Mme L..., 38 ans. Entre à la Salpêtrière dans le Service du Professeur Gosset pour pesanteurs dans le bas ventre. Ne peut rester debout ni assise, car elle éprouve de vives douleurs dans la région lombaire. Règles normales jusqu'au mois de mai, depuis diminuées, très douloureuses avec petits caillots. Leucorrhée jaunâtre, tachant le linge.

Antécédents : un enfant. Pas de fausses couches.

Perinéorraphie le 17 juin 1931.

Maigrissement 5 kg. Constipation habituelle. Fausses envies. Ténisme rectal.

Toucher rectal : Grosse masse végétante siégeant sur la face antérieure de l'ampoule.

Biopsie faite le 31 août 1931 : épithélioma cylindrique typique.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 3 septembre 1931 (D' Leibovici).

Anesthésie rachidienne (Percaïne).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Libé-

ration de quelques adhérences du colon sigmoïde au péritoine pelvien. Ligature de l'hémorroïdale supérieure. Incision radicée du méso. Décollement rétro-rectal. Mikulicz. Paroi faite à la soie. Un drain.

Temps périnéal : Incision en raquette. Décollement postérieur. Incision des releveurs. On a du mal à décoller à cause de la myorraphie des releveurs faite en juin 1931. Ouverture du péritoine. Abaissement du colon. Péritonisation. Tube de Paul.

Pièce confiée pour examen histologique au Laboratoire du Professeur Gosset (Salpêtrière).

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (D^r I. Bertrand) : Epithélioma cylindrique typique. Large envahissement des tuniques musculaires par les travées néoplasmiques. Ulcération étendue avec forte infection secondaire. Basophilie protoplasmique. Nombreuses mitoses et atypies.

Le jour de l'opération : température 37°6 ; 1.250 gr. de sérum glucosé. Le lendemain, température 38°3 ; 1.000 gr. de sérum glucosé.

Les jours suivants la température oscille entre 37° et 38°.

On enlève le Mikulicz le 12 septembre et le tube de Paul le lendemain. Sortie de l'hôpital le 11 octobre 1931.

Entre de nouveau le 22 février 1932 parce qu'elle perd ses matières par le vagin, ce que confirme l'examen.

Au toucher rectal on constate que la fistule siège en plein milieu de la face postérieure du vagin à 4 cm. 1/2 au-dessous du col utérin. On constate que l'orifice cutané du nouvel anus est très rétréci et admet difficilement l'index. Le doigt qui s'y engage en forçant rencontre sur la paroi antérieure d'un entonnoir cicatriciel l'orifice rectal de la fistule. En fait, il s'agit plus d'une fistule qui s'ouvre dans le vagin d'une part et d'autre part dans l'entonnoir cicatriciel sous-jacent à la terminaison du colon. En effet, l'orifice colique est au-dessus de la fistule, lui aussi rétréci, et il est appliqué contre la face antérieure du sacrum.

On pratique au bistouri électrique une section verticale de la cloison recto-vaginale en remontant jusqu'à l'orifice de la fistule. On taille ainsi un large entonnoir constitué en partie par la paroi vaginale et qui sera moins susceptible de coaptation. Il faut néanmoins noter qu'à bout de doigt, l'orifice colique lui-même est très profond, appliqué contre l'os, et assez rétréci, si bien que dans l'avenir il sera peut-être nécessaire de faire un anus iliaque. Par comparaison avec les derniers cas opérés, il semble que l'abaissement du colon ait été insuffisant.

Revue fin juin 1932 : Bon état général (a engraisé de 4 kg.). Bon état local. Ne parvient pas à régler son intestin, malgré les lavements (3 par jour). Ne sent pas le besoin et souille fréquemment son pansement dans la journée, ce qui l'empêche de travailler au dehors.

Revue le 22 septembre 1932 : Bon état général. Poids stationnaire. Aucune amélioration du fonctionnement intestinal. L'index pénètre facilement dans l'orifice colique au-dessous duquel on sent immédiatement la cicatrice fistulaire. On lui propose un anus iliaque gauche qu'elle refuse, préférant encore son anus périnéal incontinent.

Observation X.

RÉSUMÉ : Cancer ano-rectal. Début clinique 6 mois avant l'opération. Anus iliaque gauche préalable pratiqué d'urgence pour occlusion aiguë. Amputation abdomino-périnéale pratiquée 2 mois après. Mort le 4^e jour d'occlusion intestinale d'origine mécanique (pincement d'une anse grêle dans la brèche de péritonisation).

M. G..., 58 ans. Entre à l'hôpital Lariboisière le 26 juillet 1931. Depuis 6 mois constipation. Quelques selles diarrhéiques. Jamais de sang dans les selles.

Appétit conservé.

Léger amaigrissement.

Occlusion manifeste depuis 3 jours : ballonnement important. Météorisme. Arrêt des matières et des gaz. Un vomissement bilieux.

Aurait eu, un mois auparavant, une crise analogue avec ballonnement et nausées qui se serait terminée par une débacle diarrhéique à la suite d'un lavement.

Au T. R. : on sent à bout de doigt une masse dure paraissant invaginée dans l'ampoule.

PREMIÈRE INTERVENTION (IMMÉDIATE) : anus iliaque gauche fait aussi haut que possible. Simple extériorisation et fixation au péritoine. Ponction immédiate de l'anse avec une grosse aiguille permettant l'issue des gaz. Ouverture au bout de 36 heures au thermocautère.

DEUXIÈME INTERVENTION le 19 septembre 1931 (Dr Soupault).

Anesthésie rachidienne : Scurocaïne + éther.

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Déroulement normal des temps habituels. A noter seulement que le fond du Douglas est impossible à atteindre, car le néoplasme en est très proche, et qu'il existe également un peu de rétraction inflammatoire à ce niveau. Fermeture de la paroi en un plan, aux bronzes, sans drainage.

Temps périnéal : Technique habituelle. Le néoplasme étant relativement haut situé, les temps sont extrêmement démonstratifs en particulier le décollement antérieur qui est tout à fait anatomique. On passe à droite de la prostate, des vésicules séminales, de la vessie. Tout cela se laisse très bien décoller. Le cul-de-sac de Douglas se laisse facilement repérer, mais on ne place que 3 points. Le Mikulicz est bourré de 4 mèches. On met en plus une mèche de chaque côté. L'hémostase d'ailleurs très satisfaisante est réduite à peu de chose.

Comme il y a une dérivation colique on sectionne simplement l'intestin qu'on laisse ligaturé. Iodage du moignon.

EXAMEN DE LA PIECE : Néoplasme séleux typique ayant envahi toute la paroi. On trouve un ou deux ganglions hémorroïdaux supérieurs.

Mort le 4^e jour.

A l'autopsie on ne trouve ni péritonite, ni cellulite. On trouve seulement une anse grêle, engagée et coincée sur le côté du colon abaissé, entre lui et le bord du péritoine.

La mort a donc été causée par une occlusion intestinale.

*
* *

Observation XI.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire supérieur. Début clinique 18 mois avant l'opération. Anus iliaque gauche préalable. Guérison opératoire se maintenant depuis un an. Excellent résultat fonctionnel.

M. Ca..., 36 ans. Entre à la Salpêtrière dans le service du Professeur Gosset le 20 octobre 1931 pour des alternatives de diarrhée et de constipation. Pendant les périodes de constipation le malade est sujet à des hémorragies de sang rouge, survenant après les selles. Les matières sont fréquemment mélangées à du mucus et à des glaires. La défécation est douloureuse : douleurs périanales, sensation de douleurs internes. Parfois le malade éprouve des épreintes et du ténesme rectal. Le malade est soigné pendant 3 mois par son médecin pour de l'entérite. C'est après consultation à l'hôpital que l'on décide de pratiquer un anus iliaque gauche. Il est opéré le 27 juin 1931. Le malade qui avait maigri de 6 kg. a repris 8 kg. après l'opération. Depuis l'intervention les écoulements glaireux persistent plus abondants, mais les hémorragies diminuent.

Au T. R. : induration indolore de la face antérieure de l'ampoule, au-dessus d'un rétrécissement douloureux.

Examens de laboratoire : B. W. négatif.

Urée sanguine : 0 gr. 26 par litre.

Urines : traces de sucre. Pas d'albumine.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 29 octobre 1931 (D^r Leibovici).

Anesthésie rachidienne (Percaïne).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. On explore le colon pelvien et le néoplasme pour régler de suite la possibilité de l'exérèse et de l'abaissement du colon au périnée. Le

cancer siège sur le segment péritonéal du rectum formant là une masse scléro-lipomateuse assez volumineuse. La vessie est indemne. On sent une infiltration lympho-ganglionnaire dans le méso-rectum et devant le promontoire. L'exérèse est sûrement possible. Quant au colon pelvien, son segment sous-jacent à l'anus iliaque est relativement long. Quelques adhérences nacrées le fixent au détroit supérieur et à la paroi pelvienne. Il est facile de les libérer et de donner une longueur suffisante pour l'abaissement. Il faut noter que, comme l'examen clinique le laissait prévoir, l'anus iliaque pratiqué précédemment a été fait sur une anse retournée. Ce retournement de l'anse laisse quand même assez de longueur pour l'abaissement. Repérage du milieu de l'anse sigmoïde par une grosse soie. Section, entre deux ligatures, de l'hémorroidale supérieure au-dessus du promontoire. Section radiée du méso-colon coupant la sigmoïde droite et la moyenne. Décollement rétro-rectal. Il est relativement pénible en regard de la tumeur, mais on poursuit jusqu'au coccyx. Mise en place d'un Mikulicz renversé. Péritonisation à la partie supérieure de la brèche péritonéale pariétale. Un drain n° 30 dans le Douglas. Paroi à la soie n° 2.

Temps périnéal : Section en raquette avec débridement préanal. Section du raphé ano-coccygien. Section du releveur d'arrière en avant. Le décollement anal est pratiqué à droite de la prostate et il s'opère de façon schématique, laissant voir nettement la vésicule et le cul-de-sac péritonéal. Ouverture du périnée en avant et sur les côtés. On attire au périnée le colon pelvien jusqu'au niveau de la ligature. On termine par la section des ailerons latéraux du rectum. Fixation du colon au péritoine rétro-vésical en poussant la péritonisation loin sur les côtés. Introduction d'un tube de Paul sur lequel on lie l'intestin. Section dernière du colon pelvien. Mèches tout autour de l'intestin et dans le Mikulicz.

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (D^r I. Bertrand) : Epithélioma cylindrique typique. Basophilie protoplasmique. Large envahissement de divers plans pariétaux. Les deux ganglions prélevés dans le tissu adventiciel sont entièrement envahis par des métastases homotypiques.

Suites opératoires normales.

Sonde à demeure le 3^e jour.

Ablation du tube de Paul le 6 novembre. Ablation du drain et des mèches le 9 novembre. Le malade est apyrétique.

Il sort de l'hôpital le 22 novembre.

Entre de nouveau dans le service le 18 janvier pour fermeture de l'anus iliaque.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 28 janvier 1932 (D^r Leibovici).

Anesthésie rachidienne (Scurocaïne).

Incision de la fosse iliaque gauche circonscrivant l'anus iliaque et passant à 5 mm. de la bordure colo-cutanée. Séparation de l'in-

testin et de la paroi. On attire au dehors le colon ilio-pelvien qui adhère au grand épiploon. On étale l'anse et le méso et l'on constate que lors de l'établissement de l'anus iliaque l'opérateur a tordu l'anse en sens inverse des aiguilles d'une montre. Avivement de l'intestin ce qui détermine une assez large brèche. Fermeture de l'intestin par une suture transversale à la soie 00, en trois plans : muco-muqueux, musculo-séreux et séro-séreux. On réintègre l'anse dans l'abdomen. On met un drain à son contact. On change de gants et d'instruments et on ferme la paroi par des crins doubles passés en huit.

Suites opératoires normales.

Elévation de la température axillaire à 38°,3. Sérum sous-cutané, 15 cc. de sérum intraveineux, 1 cc. d'eucalyptine le 30 janvier. Sérum hypertonique intraveineux : 10 cc. et 500 gr. de sérum sous-cutané.

La température tombe en lysis et se régularise à 37°.

Dilatations aux bougies de Hégar jusqu'au n° 25.

Il sort de l'hôpital le 2 février 1932.

Revu le 2 juin 1932. Etat général excellent. A engraisé de 14 kg. en deux mois. L'anus périnéal fonctionne d'une façon parfaite. Le malade sent le besoin et vide son intestin deux fois par jour, matin et soir. Régime alimentaire constipant. Le malade qui a abandonné son ancien métier de maçon trop pénible travaille actuellement dans la décoration et fait régulièrement ses 8 heures de travail par jour.

Revu le 15 septembre 1932. Bon état général. Poids stationnaire. Il travaille 9 heures par jour. L'anus périnéal fonctionne très bien : une selle matin et soir. Léger ectropion de la muqueuse intestinale qui semble aider à la confinement des matières. L'orifice cutané du nouvel anus admet facilement le petit doigt qui pénètre sans douleur dans l'orifice colique.

*
**

Observation XII.

RÉSUMÉ : Cancer ano-rectal avec fistule recto-vaginale. Début clinique un mois avant l'opération. Anus iliaque gauche préalable. Guérison opératoire se maintenant depuis 10 mois. Bon résultat fonctionnel.

Mme G., 55 ans. Entre à l'hôpital Lariboisière le 2 novembre 1931 pour des douleurs rectales et parce que ses matières passent par le vagin. Ces douleurs sont apparues au mois d'octobre 1931. Elles surviennent au moment de la défécation, sensation de gêne, de tension anale. Dans l'intervalle des selles la malade ne souffre nullement et ce n'est qu'une seule fois qu'elle a constaté le

passage des matières par le vagin. En même temps que ces douleurs, apparaissent des hémorragies de sang rouge peu abondantes recouvrant les matières. Ces hémorragies surviennent régulièrement à chaque selle. Pas de constipation ni de diarrhée.

Léger amaigrissement depuis le mois d'octobre.

Appétit diminué. Anorexie pour la viande.

Pas de fièvre.

Le toucher rectal est très douloureux. Sphincter anal un peu contracturé. La muqueuse semble épaissie. On ne sent rien d'anormal lorsque la malade pousse.

Toucher vaginal : On sent une masse grosse comme un marron à la face postérieure du vagin et à sa partie inférieure. Cette masse est très dure, assez régulière, douloureuse à sa partie gauche.

Abdomen parfaitement souple. Pas de points douloureux. Pas d'adénopathie inguinale.

T. A. : 16-9 au Vaquez.

Urée sanguine : 0 gr. 25 par litre.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 11 novembre 1931 (D^r Soupault).

Anesthésie : Schleich + éther.

Anus iliaque gauche établi par le procédé habituel du pont cutané. A noter que le sigmoïde paraît assez long pour laisser espérer la possibilité d'abaissement ultérieur. L'intestin est fixé aux angles de la paroi par deux soies. On rétrécit la plaie du grand oblique par deux soies.

Examen du 27 novembre 1931 (D^r Soupault).

En dépliant l'anus on trouve un petit repli muco-cutané saillant à la partie antéro-gauche où existe une ulcération irrégulière de la taille d'une pièce de un franc reposant sur une base indurée et ne remontant pas très haut. Le doigtier ramène du sang.

Au cours du toucher bidigital on se rend compte que la cloison recto-vaginale est envahie dans toute son épaisseur et on a entre les doigts une masse de la taille d'une amande qui occupe le noyau périnéal central sans beaucoup s'étendre sur les côtés. D'ailleurs il existe une fistule immédiatement au-dessus du passage vulvo-vaginal qui communique avec le rectum.

Il n'y a pas de ganglions inguinaux perceptibles.

Pas d'ascite.

SECONDE INTERVENTION le 9 décembre 1931 (D^r Soupault).

Anesthésie rachidienne (Sclurocaïne).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Très bon relâchement de la paroi. Adhérences sigmoïdo-annexielles gauches rapidement libérées. Malgré l'anus iliaque l'anse est longue et va permettre l'abaissement. Il n'y a pas d'ascite. L'intestin est gras. On hésite à réséquer les franges graisseuses mais on y renonce pour abrégier. Technique habituelle. A noter que tous les temps sont assez faciles sauf la ligature du méso. On ne voit pas les vaisseaux. On lie

juste au promontoire. La péritonisation est très bonne grâce à une bonne séreuse bien résistante. Paroi en un étage aux doubles crins.

Temps périnéal : On commence par faufler l'anus et la fistule vulvaire dans un même point en bourse, à la soie forte. On découpe une large collerette autour de l'anus comprenant la fourchette. On taille largement dans les fosses ischio-anales. En arrière on rejoint tout de suite le décollement présacré. Les releveurs sont coupés. On a deux ou trois pinces à placer vers la partie inférieure de chaque côté. Incision des parois latérales du vagin jusqu'à mi-hauteur du canal. A ce moment section transversale de la paroi postérieure du vagin. Décollement vagino-rectal jusqu'au Douglas facilement ouvert. Repérage du péritoine. Les ailerons sont pris de chaque côté par une pince de J.-L. Faure. L'abaissement est facile. Bonne péritonisation antéro-latérale par six points. Hémostase. Deux mèches latérales, 3 dans le Mikulicz. Ouverture de l'intestin. Tube de Paul. Dans la vaste brèche on place des compresses imbibées d'opsolysine. Sonde intravésicale à demeure.

OUVERTURE DE LA PIÈCE : Néoplasme ampullaire inférieur empiétant sur le canal anal. Néoplasme assez peu étendu (de la grosseur d'une amande), perforé en son centre où un orifice de la taille d'une lentille correspond à la commissure vulvaire postérieure. Pas de ganglions perceptibles dans le méso.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (D^r I. Bertrand). Epithélioma baso-cellulaire évoluant en certains points vers des lésions mitogènes avec production de rares globes cornés. Nombreuses mitoses et atypies. Envahissement des divers plans pariétaux. Strôma réaction intense.

Suites immédiates : Transfusion sanguine de 275 cc.

Ouabaïne intraveineuse : 1/4 mgr. 500 cc. de sérum physiologique intraveineux.

Le 4^e jour administration de X gouttes de digitaline.

Le 5^e jour chute du tube de Paul. Ablation de deux mèches.

La malade a été revue en août 1932 par M. Soupault. L'anus iliaque qui n'a pas été fermé fonctionne très bien. L'état général est excellent.

Malade revue le 3 octobre 1932. A engraisié de 8 kilos.

Souffre de la région sacrée. L'anus artificiel fonctionne bien.

L'orifice périnéal est resté assez largement béant, comblé par l'opercule de la paroi antérieure du vagin.

L'intestin est situé en arrière, fermé par un bord scléreux, admettant l'extrémité de l'index.

Léger suintement purulent. Quelques troubles vésicaux.

Observation XIII.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire moyen. Début clinique un an avant l'opération. Hystérectomie concomitante et résection de la paroi vaginale postérieure. Guérison opératoire se maintenant depuis 10 mois. Bon résultat fonctionnel.

Mme M..., 53 ans. Entre à l'hôpital Lariboisière pour un rétrécissement du rectum et pour des douleurs rectales. La malade ne peut aller à la selle sans lavement. Les selles sont fréquentes (10 à 15 par jour), noirâtres, liquides depuis un an, nauséabondes. Le sphincter rectal ne retient plus les matières qui sont accompagnées de glaires et de sang. Depuis un an environ le sang enduit les matières et parfois les précède. Vagues douleurs apparaissant au moment de la défécation et atteignant toute leur intensité après, parfois sensation de déchirure se propageant dans la fosse iliaque droite.

Maigrissement de 6 à 7 kg. depuis un an.

Léger ballonnement abdominal sans distension.

T. R. : Il existe à 5 ou 6 cm. de l'anus un rétrécissement qui admet à peine l'extrémité de l'index et qui se continue en défilé, sur au moins 2 ou 3 cm. Les bords sont bourgeonnants et le fond du défilé est dépourvu de muqueuse lisse, vraisemblablement ulcéré. A la partie antérieure il existe une bande particulièrement dure.

Toucher bidigital : On retrouve dans le cul-de-sac postérieur le noyau induré. La muqueuse vaginale ne glisse pas nettement. Cependant elle n'est pas ulcérée mais l'envahissement de la cloison recto-vaginale ne fait aucun doute et atteint presque le fond du cul-de-sac de Douglas. Le néoplasme jouit d'une certaine mobilité, mais pas très grande ; il paraît fixé en arrière et à gauche.

A noter au niveau de la région inguinale droite un ganglion nettement perceptible dont on fait la biopsie qui ne montre aucun élément caractéristique de cancer. Réaction inflammatoire intense avec néoformation de vaisseaux sanguins. Ilôts germinatifs.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 1^{er} décembre 1931 (D^r Soupault).

Anesthésie rachidienne (Scurocaïne).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il y a quelques adhérences du sigmoïde aux annexes gauches. On les détruit de quelques coups de ciseaux. On repère le point déclive de l'anse. Pas d'ascite. Le néoplasme adhère assez fortement au plan postéro-gauche du vagin, vers sa partie supérieure. L'utérus est infantile. On commence par une hystérectomie totale rapidement exécutée, mais sans séparer l'utérus du vagin. Au niveau de la paroi postérieure, de deux coups de ciseaux on amorce la résection de

la paroi. On passe ensuite aux temps habituels. A noter que la sigmoïdienne droite est liée en même temps que l'hémorroïdale supérieure et que la tranche de section du méso est pour ainsi dire exsangue. D'ailleurs sa direction est bonne, oblique en remontant vers l'intestin. A noter aussi que le décollement rétro-rectal est assez difficile (il y a une sorte de fibrose), et enfin que la péritonisation ne peut être complètement achevée, même en se servant dans les angles du péritoine vésical. On ferme la paroi en un étage aux doubles crins, avec un petit drain n° 20.

Temps périnéal : Quelques ligatures sous la graisse ischio-anale. Rapidement on résèque la paroi vaginale postérieure. On rejoint les culs-de-sac latéraux du vagin. Les doigts en crochet permettent de placer deux pinces de J.-L. Faure à ce niveau. Du côté gauche, c'est la zone où adhère le néoplasme et on taille franchement en dehors de lui. On peut abaisser facilement alors le rectum et le colon à réséquer. On péritonise par 6 points sur les parties antéro-latérales. Dans chaque angle on glisse une mèche. Dans le Mikulicz on en tasse 4. Ouverture de l'intestin. Tube de Paul. Pansement imbibé de sérum de Leclainche et Vallée. Sonde vésicale à demeure. En outre, huile camphrée, caféine, éphédrine.

EXAMEN DE LA PIÈCE : Gros néoplasme largement ulcéré, étendu sur 4 cm. de hauteur, siégeant à la partie moyenne de l'ampoule. Il y a au moins 2 ganglions dans le méso-rectum.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (D' I. Bertrand) : Epithélioma cylindrique typique. Envahissement des divers plans pariétaux par les travées néoplasiques. Basophilie protoplasmique. Nombreuses mitoses et atypies. Grandes zones nécrotiques. Stroma réaction intense. Sur les ganglions examinés un seul est envahi par des métastases homotypiques.

Suites immédiates : Dans l'après-midi la malade est un peu choquée. Pouls à 120 un peu irrégulier. Transfusion de 400 gr.

Température axillaire : 37°,9.

Le lendemain pansement fait par le D^r Soupault. Le tube de Paul sort et on essaie vainement de le remettre en place.

Pansement fait à l'opsolysine.

Une double phlébite des membres inférieurs débute au cours du troisième septenaire.

Le 1^{er} janvier 1932 un gros œdème des membres inférieurs persiste encore. Les urines sont encore très purulentes malgré les lavages de vessie.

La malade nous écrit à la date du 18 septembre 1932 que son anus périnéal suppure toujours un peu mais que son intestin fonctionne bien et que son état général est satisfaisant.

Observation XIV.

RÉSUMÉ : Cancer recto-sigmoïdien. Début clinique 6 mois avant l'opération. Décollement recto-prostatique difficile. Anus iliaque gauche secondaire pour rétrécissement ano-rectal 8 mois après l'opération. Guérison opératoire se maintenant depuis 10 mois.

M. P..., 48 ans. Entre à la Salpêtrière dans le service du Professeur Gosset le 11 décembre 1931. A commencé à souffrir de très légères douleurs anales vers mai-juin 1931. Ces douleurs s'interrompaient momentanément puis reprenaient. Le malade les attribuait à la prostate pour laquelle il se faisait soigner.

En septembre 1931 le malade commence à avoir des épreintes qui ne cesseront pas depuis lors et du ténesme.

Les selles étaient normales, leur émission suivie d'un léger mé-lœna, ou plus souvent, un peu de sang rouge colorait les matières. Pas de constipation. Pas de diarrhée, mais, à toute heure de la journée, le malade allait à la selle pour des glaires accompagnées quelquefois de sang, quelquefois de gaz.

L'état général reste bon : amaigrissement très léger (1 kilo).

L'appétit est conservé.

Biopsie faite le 12 décembre 1931 : épithélioma cylindrique typique.

Toucher rectal : A la face gauche de l'ampoule on palpe des nodules fortement indurés confluant en certains points et dont la limite supérieure est assez difficile à apprécier. Par endroits végétations plus grosses et douloureuses. Le doigtier ne ramène pas de sang.

Laboratoire : B. W. négatif.

Urée sanguine : 0 gr. 32 par litre.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 22 décembre 1931 (D' Leibovici).

Anesthésie rachidienne (Percaïne).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Paroi grasse. L'exploration du pelvis montre un cancer ampullaire supérieur n'atteignant pas le Douglas. Pas de contre-indication locale à l'exérèse. Le sigmoïde est assez long. On doit cependant libérer quelques adhérences entre le méso-colon et le péritoine pariétal pelvien. Dégraissage du méso-colon au niveau de son point déclive et répérage de ce point par une grosse soie. La ligature de l'hémorroïdale supérieure est faite un peu au-dessous du promontoire. Elle est rendue difficile par l'adiposité du méso et par la ramification fournie des sigmoïdes droite et moyenne. Incision radiée du méso. Décollement rétro-rectal. Mise en place d'un Mikulicz ; 3 points de

péritonisation par dessus. Un drain n° 35 dans le Douglas. Paroi à la soie, en deux plans.

Temps périnéal : Incision en coupe. On rejoint le décollement rétro-rectal. On coupe les releveurs de chaque côté. Ils sont très musclés. Décollement prérectal difficile. On a du mal à ouvrir le péritoine prérectal et surtout à abaisser le rectum pour deux raisons : l'étroitesse du diamètre bi-ichiatique, si resserré qu'on a peine à y engager la main d'une part ; la périrectite scléro-inflammatoire maxima à la hauteur du néoplasme qui l'attache solidement en arrière et à droite, d'autre part. On arrive cependant à dépasser cette zone. Le colon s'abaisse librement sur plus de 35 cm. Péritonisation en avant et sur les côtés. Mise en place d'un tube de Paul et section de l'intestin.

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (D' I. Bertrand) : Epithélioma cylindrique typique. Basophilie protoplasmique. Large infiltration néoplasique des divers plans pariétaux. Fort stroma réaction à type plasmolymphocitaire. Trois ganglions indemnes de métastases.

Suites opératoires normales : Transfusion 260 cc. Sérum physiologique sous-cutané. Reprise de l'alimentation le 6^e jour. Ablation des fils le 3 janvier. Ablation du Mikulicz le 7 janvier.

Le 16 janvier (Examen du D^r Leibovici) : Plaie périnéale en bonne voie de cicatrisation. L'entonnoir de tissu de granulation est profond de 6 cm. L'index reconnaît facilement le colon et s'engage de toute la longueur de la 3^e phalange sans difficulté. Début de fibrose autour de l'orifice colique.

Le malade sort de l'hôpital le 28 janvier 1932, 36 jours après l'opération.

Il est revu en mars 1932. Il se déclare très satisfait de son anus périnéal. Il ne suit aucun régime alimentaire et il est parvenu à régler son intestin. Il se présente une première fois à la selle le matin à 7 heures, une seconde fois à 8 heures, après quoi administration d'un lavement d'eau bouillie et ingestion d'une cuillerée à café d'élixir parégorique. Il se représente à la selle à 4 heures et une dernière fois à 8 heures. Dernier lavement de la journée et ingestion d'une cuillerée d'élixir parégorique avant de se coucher. Il dort bien.

Dilatations aux bougies de Hégar une fois par semaine.

Il a engraisé de 3 kg. en 15 jours.

En avril 4 séances de dilatation, aux bougies de Hégar, du n° 15 au n° 18.

Devant l'échec de ces dilatations on a recours aux dilatations diathermiques à raison de deux séances par semaine.

Revu en juin 1932 : Etat local excellent. Bon état général. A supprimé l'élixir parégorique et les lavements. Cependant la diathermie provoque de l'atonie intestinale qui l'oblige parfois à prendre un lavement pour aider son intestin.

Revu fin juillet 1932. A subi sans succès 10 séances de dilatations diathermiques. Un rétrécissement du nouvel anus se constitue, qui

menace le malade d'occlusion et oblige à pratiquer un anus iliaque gauche.

Entre le 1^{er} août 1932 dans le service du Professeur Gosset.

Est opéré le 4 août 1932 par M. Leibovici.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (D^r Leibovici) : Incision iliaque gauche par dissociation musculaire. On découvre aisément le colon qui est appliqué de court contre la paroi pelvienne. En le séparant quelque peu du péritoine pariétal pelvien on parvient à l'extérioriser sans trop de difficulté. Cependant comme il serait imprudent de faire un anus à pont cutané, on pratique un anus iliaque gauche sur une baguette de verre. Fixation du colon à la paroi par quelques points de soie fine. Sur chaque face du méso un point de soie adosse les deux pieds de l'anse pour réaliser un éperon.

Le malade sort de l'hôpital le 22 août 1932.

Revu le 20 septembre 1932 : L'anus iliaque fonctionne bien mais le pansement est fréquemment souillé dans la journée, malgré le bandage de Charrier et l'élixir parégorique que prend le malade pour se constiper.

L'orifice colique de l'anus périnéal, qui n'est pas complètement fermé, laisse passer un peu de sérosité. Le malade insiste tant pour qu'on rétablisse son anus périnéal que M. Leibovici décide de lui faire subir une nouvelle série de dilatations aux bougies de Hégar d'abord, et ensuite par la diathermie ; mais il est fort douteux qu'on puisse obtenir une dilatation suffisante de l'orifice colique pour permettre la fermeture de l'anus iliaque.

Excellent état général : le malade a engraisé de 1 kilo depuis sa sortie de l'hôpital.

*
**

Observation XV.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire supérieur. Début clinique 8 mois avant l'opération. Déchirure de la paroi rectale lors du temps périnéal.

Mort par cellulite consécutive 3 jours après l'intervention.

Mme D..., 47 ans. Entre à l'hôpital Boucicaut dans le service du D^r Labey le 7 janvier 1932 pour constipation rebelle avec hémorragies rectales. En mars 1931 la malade éprouve une sensation de douleur abdominale avec impossibilité d'aller à la selle. Cette constipation chronique ne cède qu'aux purgatifs, avec émission peu abondante de selles glaireuses et sanguinolentes.

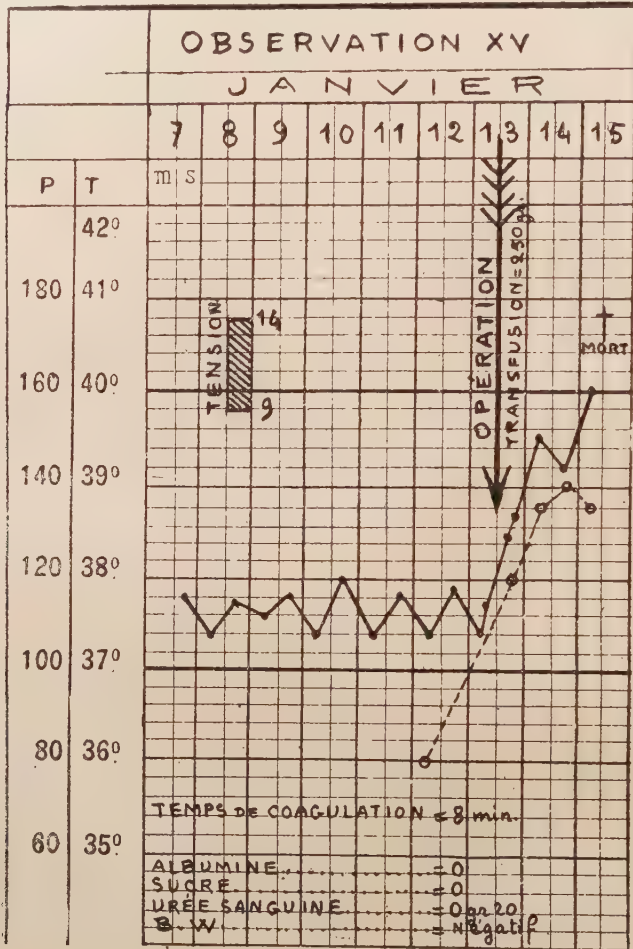
Pas d'amaigrissement.

Appétit conservé.

Examen : Abdomen légèrement météorisé.

Pas d'adénopathie inguinale.

Toucher rectal : Partie inférieure de l'ampoule normale. A 8 cm. de l'orifice anal on rencontre des bourgeons formant un gros chou-fleur, au centre duquel on trouve un orifice qui représente la lumière rectale très diminuée de volume, mais admettant tout de



même l'extrémité du doigt. Sur la paroi postérieure on sent des bourgeons peu développés. En avant la paroi est largement envahie.

Le toucher bidigital montre au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur une muqueuse saine mais qui ne glisse pas bien nettement sur la masse saillante à ce niveau, et qui correspond à la tumeur intra-rectale. Le doigtier ne ramène pas de sang.

T. A. : 14-9 au Vaquez.

Temps de coagulation : 8 minutes.

Urée sanguine : 0 gr. 20 par litre.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 13 janvier 1932 (D^r Soupault).

Anesthésie rachidienne.

On fait la technique habituelle mais au cours du temps périnéal, en décollant le releveur gauche, le doigt déchire la paroi rectale et par cette brèche qu'on cherche à aveugler s'écoule du liquide stercoral qui souille la plaie opératoire. Le reste de l'opération est assez vite terminé bien qu'il existe de la périrectite assez étendue ce qui rend le décollement difficile. On imbibe largement la plaie d'opolsysine.

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (D^r I. Bertrand) : Epithélioma cylindrique typique envahissant légèrement la tunique musculaire. Basophilie protoplasmique. Nombreuses mitoses. Stroma réaction intense. Les 10 ganglions examinés ne montrent que des réactions inflammatoires banales. Aucune trace de métastase.

Après l'opération on pratique une transfusion de 250 gr. Le soir la température s'élève à 38°,7.

Le lendemain matin elle atteint 39°,5 ; le soir la température atteint 39°. Le poulx s'accélère et la malade meurt le troisième jour avec une fièvre à 40° (Voir diagramme ci-dessus).

*
**

Observation XVI.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire moyen. Début clinique 3 mois avant l'opération. Décollement recto-prostatique difficile. Anus iliaque définitif pratiqué 6 mois après l'amputation du rectum. Guérison opératoire se maintenant depuis 9 mois.

M. D..., 60 ans. Entre à l'hôpital Boucicaut le 5 janvier 1932 pour une irritation péri-anale provoquée par un léger écoulement de sérosité purulente. Était déjà venu consulter pour ces troubles au mois de novembre 1931.

Deux biopsies se sont montrées nettement positives.

Un *toucher rectal* pratiqué le 11 décembre 1931 par le D^r Soupault avait montré sur la paroi antéro-gauche une petite masse

ture, pédiculée, mobile et très légèrement indurée, faisant penser à un polype.

A cette époque le malade ne présentait ni constipation ni diarrhée, mais quelques hémorragies arrosant les matières superficiellement.

Pas de troubles digestifs. Pas d'amaigrissement. Appétit conservé.

Cœur et poumons normaux.

T. A. : 14 1/2-8 au Vaquez.

Urée sanguine : 0 gr. 40 par litre.

Le 8 janvier 1932 un *toucher rectal* montre sur la face antérieure à 6 cm. de l'anus environ une masse polypoïde pédiculée, bien mobile, un peu indurée, irrégulière, légèrement bourgeonnante. Le pédicule est également un peu infiltré. Le point d'implantation est souple. Quand le malade pousse, le rectum descend bien. Aucune périrectite. Le doigtier ne ramène pas de sang.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 15 janvier 1932 (D' Soupault).

Anesthésie rachidienne (Scurocaïne, solution à 5 %).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Tout se passe normalement. Il n'y a à signaler que l'intimité de la partie supérieure du colon pelvien à la berge gauche du détroit supérieur, ce qui oblige à une dissection minutieuse de l'intestin. Celui-ci est long et abaissable. Par contre le bassin est étroit et le promontoire très profond. Répérage des artères du méso à la valve éclairante, qui montre un riche réseau de sigmoïdes vers la partie du colon qui sera conservée. La section du méso est faite non pas perpendiculairement mais très obliquement ascendante vers la ligature colique. Décollement postérieur. Mikulicz renversé. Fermeture partielle du péritoine rétro-rectal, et fermeture de la paroi en un plan, aux doubles crins.

Temps périnéal : Toute la première partie de ce temps est typique. Malgré le conducteur urétral, le temps prostatorectal est assez difficile, mais c'est surtout au delà des ailerons qu'on rencontre, dans la profondeur, des attaches denses, probablement sous-péritonéales et qui rendent la fin de l'extirpation pénible. Peut-être aussi la fermeture de la brèche par le haut a-t-elle été excessive, ce qui bride l'orifice par où doit descendre le colon. Celui-ci est sectionné non pas au-dessus du fil repère, mais juste à son niveau, ce qui lui donne une bonne longueur, à condition qu'il n'y ait pas de nécrose ultérieure. On termine comme d'habitude. Les mèches sont imbibées d'opsolysine. Après section du rectum on introduit un tube de Paul qu'on serre par une grosse soie.

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (D' I. Bertrand) : Epithélioma cylindrique typique. Nombreuse mitoses et atypies. Stroma réaction marqué.

Les suites opératoires furent simples. La température qui s'élève à 38°,9 les 4°, 5° et 6° jours redescend rapidement à la normale.

Le 28 janvier, c'est-à-dire 13 jours après l'opération le Mikulicz est enlevé.

Le 3 février le malade se lève.

Le 20 février son poids est de 57 kilos.

Le 10 mars son poids est de 59 kilos.

Le malade sort de l'hôpital le 11 mars 1932.

Il a réglé son intestin de façon à aller à la selle deux fois par jour : le matin entre 8 heures et 10 heures, le soir entre 10 heures et 11 heures.

Il entre de nouveau à l'hôpital Boucicaut pour une hémorragie anale survenue le 31 mai 1932, recouvrant les matières.

Il n'a pas maigri, il a bon appétit.

Ses selles sont normales.

Le *toucher rectal* ne montre pas de récidence locale ou ganglionnaire. Cependant on décide de pratiquer un anus iliaque gauche.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 3 juin 1932 (D' Soupault).

Anesthésie : Schleich.

Anus iliaque gauche par le procédé habituel du pont cutané. Fixation de l'intestin aux deux angles du péritoine d'une part, à la peau d'autre part. A noter qu'il a été facile d'amener le sigmoïde malgré l'abaissement colique qui a été fait au moment de l'amputation. On n'a trouvé dans l'abdomen ni ascite, ni propagation apparente.

Révu le 9 septembre 1932. Petits abcès de la marge de l'anus guéris rapidement.

L'anūs iliaque fonctionne bien. Toujours un peu de suppuration par l'orifice périnéal. A noter encore une petite fistule au niveau d'une soie, fistule adhérent dans la profondeur.

Le malade a engraisé de 2 kilos.

*
**

Observation XVII.

RÉSUMÉ : Cancer ampullaire inférieur. Début clinique 5 mois avant l'opération. Guérison opératoire se maintenant depuis 7 mois. Bon résultat fonctionnel.

Mme D..., 57 ans. Est examinée par le D' Soupault en avril 1932. Depuis le mois de décembre 1931 légère pesanteur dans la région anale. On dit hémorroïdes. Pas de gêne à la défécation. Quelques fausses envies, quelques petites traînées de sang depuis fin mars.

Excellent état général.

T. A. : 15 1/2-10 au Vaguez.

Urée sanguine : 0 gr. 58 par litre.

Toucher rectal : Masse dure bosselée sur le flanc droit de l'am-

poule rectale, dont l'extrémité inférieure mord un peu sur le canal anal. Pas d'envahissement apparent du sphincter. Pas de ganglions inguinaux.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 9 avril 1932 (D^r Soupault).
Anesthésie rachidienne.

Temps abdominal : procédé habituel. Il faut noter la présence, comme très fréquentes, d'adhérences du sigmoïde au bassin. L'artère hémorroïdale supérieure est trouvée assez en avant dans le méso. Enfin le décollement rétro-rectal est assez difficile. Il y a certainement un certain degré d'infiltration au moins inflammatoire à ce niveau. On arrive à faire une bonne péritonisation.

Temps périnéal : Procédé habituel. Il faut seulement signaler en avant la difficulté du clivage recto-vaginal et l'incident d'ouverture de la paroi postérieure du vagin parce qu'on se porte trop en avant par crainte du rectum. L'abaissement se fait bien. Bonne péritonisation.

Suites opératoires normales. Pas de shock opératoire.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : Epithélioma malpighien atypique d'origine anale paraissant doué d'une grande vitalité. Le ganglion n'est pas envahi par les cellules cancéreuses. Il est irrité. Ses centres germinatifs sont volumineux, riches en karyokinèses, ses sinus périfolliculaires sont très apparents, en grande partie occupés par des éléments blancs.

La malade est revue le 19 juin 1932. Excellent état général. Souffre très légèrement en s'asseyant. A repris 1 kilo en 20 jours.

Etat local : Petits décollements rétro-coliques de 6 cm. L'intestin est à fleur de peau. Fistule vaginale qui ne gêne pas. L'intestin fonctionne, mais les selles ne sont pas encore réglées.

Revue le 26 août 1932 : Va très bien. A engraisé de plus de 4 kilos. Grande activité. Bon appétit. Se souille 2 à 3 fois par jour.

Orifice de colostomie périnéale très satisfaisant. Un peu d'ectropion de la muqueuse, mais en même temps légère contracture de l'orifice. Pas de phénomènes inflammatoires.

*
**

Observation XVIII.

RÉSUMÉ : Cancer ano-rectal. Début clinique 3 semaines avant l'intervention. Amputation abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée pratiquée le 6 août 1932.

OBSERVATION XIV



Photographie de la pièce
(Cliché S. Tallard)

Laboratoire du Professeur Gosset.

OBSERVATION XIX



Photographie de la pièce
(Cliché S. Tallard)

Laboratoire du Professeur Gosset.

En A, petit cancer polypoïde de l'anus par propagation du cancer ampullaire.

Suites opératoires excellentes.

M. R..., 66 ans. Entre à la Salpêtrière dans le Service du Professeur Gosset le 1^{er} août 1932 pour suintement sanguinolent par l'anús, survenu 3 semaines auparavant. Pas de douleurs. Fausses envies.

Pas d'amaigrissement. Appétit conservé.

Antécédents : A contracté la syphilis à l'âge de 30 ans. (Actuellement B. W. négatif dans le sang.)

Examen : Abdomen souple et non douloureux.

Pas d'ascite.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Pas d'adénopathie inguinale.

A la radioscopie, on trouve une augmentation du calibre de l'aorte, avec opacité légère de ses parois. Rien à signaler au niveau des poumons.

Urée sanguine : 0 gr. 30 par litre.

Urines : traces d'albumine, pas de sucre.

Toucher rectal : Cancer ampullaire bas, situé sur la face antérieure et droite du rectum, en cocarde large, peu mobile. Son pôle inférieur descend dans le canal anal.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 6 août 1932 (D^r Leibovici) : Anesthésie rachidienne (Percaïne).

Temps abdominal : Malade gras. Pas de contre-indication opératoire. Exploration du bassin. Le colon pelvien est un peu court et adhérent. Libération du colon. Section de l'hémorroïdale supérieure et des artères sigmoïdes droites. Décollement rétro-rectal. Mise en place d'un Mikulicz renversé. Tout ce temps abdominal est assez gêné par l'embonpoint du malade.

Temps périnéal : Fermeture de l'anús par deux fils en bourse superposés. La libération du rectum par voie périnéale se fait assez facilement. On abaisse sans traction le colon pelvien jusqu'au point d'élection préalablement repéré lors du temps abdominal. Mise en place d'un tube de Paul et section de l'intestin. On garnit le Mikulicz et on place des mèches au-dessous d'une bonne suture du colon au péritoine antérieur et latéral.

Le jour de l'opération : 1.000 gr. de sérum physiologique sous-cutané.

Chute de tube de Paul le 6^e jour.

Ablation du Mikulicz le 11^e jour.

Ablation des fils le 14^e jour.

Le 20^e jour, ascension thermique à 39°7. Le malade tousse, mais ne présente pas de signes de localisation pulmonaire. On fait une injection sous-cutanée de 1/4 cc. de vaccin de Weill et Dufourt ; 1/2 cc. le lendemain. Le surlendemain la température descend au-dessous de 38°.

Bon état général. Reprise de l'alimentation le 10^e jour.

Bon état local : la plaie périnéale est en bonne voie de cicatrisation. On ne fait plus qu'un pansement par jour.

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (D^r I. Bertrand) : Epithélioma cylindrique typique. Lésion peu végétante et envahissant à peine la tunique musculaire. Nombreuses mitoses et atypies. Stroma réaction intense. Le seul ganglion examiné est indemne de métastases.

*
* *

Observation XIX

RÉSUMÉ : Cancer anal et cancer ampullaire supérieur en partie fixé à la vessie. Début clinique 5 mois avant l'opération. Amputation abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée pratiquée le 11 août 1932.

Suites opératoires excellentes.

M. S..., 47 ans. Entre à la Salpêtrière dans le service du Professeur Gosset le 30 juillet 1932 pour des hémorragies rectales survenues en avril 1932. Hémorragies peu abondantes de sang rouge avec parfois des caillots, accompagnant exactement les selles sans les précéder. Pas de douleurs.

Constipation opiniâtre. Pas de ténésme rectal, mais faux besoins. Amaigrissement de 7 kilos en 8 mois.

Examen : Abdomen souple et non douloureux.

Pas d'ascite.

Adénopathie inguinale bilatérale (petits ganglions, durs, mobiles).

Foie normal.

Rate normale.

Légère hypertrophie du ventricule gauche trouvée à la radioscopie, qui montre également des hiles pulmonaires chargés.

Toucher rectal : Cancer anal faisant un peu saillie en dehors. A 7 cm. au-dessus on découvre un second cancer annulaire et bourgeonnant, en partie fixé à la vessie.

Biopsie : épithélioma cylindrique typique.

Urée sanguine : 0 gr. 36 par litre.

Urines : Albumine 0, Sucre 0.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE du 11 août 1932 (D^r Leibovici).
Rachi-anesthésie (Percaine).

Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Colon pelvien long et flexueux. Le cancer déborde le Douglas et est à la limite de l'opérabilité. Il y a de plus une infiltration dans le tissu sous-péritonéal latéro-rectal droit. Ligature de l'hémorroïdale supérieure. Section radiée du méso tombant sur le milieu de l'anse sigmoïde. Décollement latéro-rectal. Incision du péritoine latéro et pré-rectal. Mise en place d'un Mikulicz rétro-rectal renversé. Péritonisation. Un drain dans le Douglas. Paroi à la soie.

Temps périnéal : En raison de l'existence d'un cancer de l'anus on extériorise largement la peau et le contenu des fosses ischio-rectales. On coupe les releveurs très en dehors. Le rectum vient assez facilement. Décollement de la vessie par voie rétrograde. On fissure le néoplasme à ce niveau. Enfin l'hémorroïdale droite est entourée d'une gangue scléro-inflammatoire (on a coupé à ce niveau des lymphatiques suppurés), qui fixe solidement l'utérus à la paroi et qu'on a du mal à couper. Enfin le rectum s'abaisse et on peut pratiquer l'amputation. Garniture du Mikulicz. Un tube de Paul dans le colon.

EXAMEN DE LA PIÈCE : A l'ouverture on trouve un cancer ampullaire haut laissant libre une étroite bande de 1 cm. dans l'ampoule.

Cancer de l'anus formant bourgeon. Grosse gangue rétro-rectale contenant des ganglions.

Pièce confiée pour photographie et examen histologique au laboratoire du Professeur Gosset (Salpêtrière).

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (D^r I. Bertrand) : Cancer circulaire constitué par un épithélioma cylindrique typique. Lésion largement ulcérée à bords épaissis. Large envahissement pariétal. Stroma réaction intense aboutissant à de véritables micro-abcès. Au niveau de l'anus petit polype recouvert superficiellement d'un épithélioma pavimenteux stratifié et envahi dans son centre par des masses d'un épithélioma cylindrique typique. Deux ganglions en très vive réaction inflammatoire.

Le jour de l'opération, 1.000 gr. de sérum physiologique sous-cutané.

Chute du tube de Paul le 8^e jour.

Ablation du Mikulicz le 12^e jour.

Ablation des fils le 13^e jour.

Bon état général.

Bon état local : la plaie périnéale est en bonne voie de cicatrisation. On ne fait plus qu'un seul pansement par jour.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

N ^o des Observations	Sexe	Age	Durée de l'évolution clinique	Hauteur du Cancer	Date de l'opération	Particularités opératoires	Complications postopératoires	Mortalité opératoire	Résultats fonctionnels
I	F	65	2 mois	9 cm.	23 août 1930	Anus iliaque pr.			Médiocre
II	H	39	6 mois	6 cm.	21 août 1930		Sphacèle du colon.		Mauvais
III	H	43	7 mois	2 cm.	19 sept. 1930				Bon
IV	F	65	3 mois	7 cm.	19 déc. 1930				Bon
V	H	50	5 mois	2 cm.	24 avril 1931			Anurie	
VI	F	57	1 an	3 cm.	30 avril 1931				
VII	H	53	3 mois	10 cm.	23 juin 1931				Bon
VIII	F	52	2 ans	4 cm.	1 ^{er} juillet 1931				Bon
IX	F	38	3 mois	6 cm.	3 sept. 1931				Médiocre
X	H	58	6 mois	2 cm.	19 sept. 1931	Anus iliaque pr.		Occlusion	Très bon
XI	H	36	18 mois	10 cm.	29 oct. 1931	Id.			Bon
XII	F	55	1 mois	2 cm.	11 nov. 1931	Id.			Bon
XIII	F	53	1 an	6 cm.	1 ^{er} déc. 1931	Hystérectomie	Cystite		Mauvais
XIV	H	48	6 mois	12 cm.	22 déc. 1931				
XV	F	47	10 mois	8 cm.	13 janvier 1932			Cellulite	Mauvais
XVI	H	60	3 mois	6 cm.	15 janvier 1932				Bon
XVII	F	57	5 mois	4 cm.	9 avril 1932				
XVIII	H	66	3 mois	4 cm.	6 août 1932				
XIX	H	47	7 mois	7 cm.	11 août 1932				

CHAPITRE VI.

Les suites immédiates

Grâce à la technique opératoire minutieusement réglée et à la qualité des soins pré et post-opératoires les suites immédiates sont aussi simplifiées que possible.

Dans aucun cas nous n'avons eu à déplorer les accidents redoutables autrefois si fréquents : les hémorragies immédiates et secondaires provenant d'une hémostase insuffisante, l'infection péritonéale, le phlegmon diffus du périnée et la gangrène bronzée.

Ces accidents ont été évités grâce à la protection de la plaie périnéale par la suture du colon abaissé sur le tube de Paul qui, maintenu en place pendant plusieurs jours, préserve la plaie périnéale du contact des matières.

La *cellulite pelvienne*, qui marque souvent le premier stade de la péritonite septique diffuse, reconnaît le plus souvent comme étiologie une erreur opératoire. Dans le seul cas que nous avons observé (Obs. XV) elle évolua avec une telle rapidité qu'elle entraîna la mort 3 jours après l'opération, au milieu d'un cortège de symptômes traduisant une toxémie à marche extrêmement rapide.

La cause était évidente. Il s'agissait de la déchirure de la paroi rectale lors du temps périnéal.

Le *sphacèle du colon* abaissé si fréquent autrefois devient beaucoup plus rare grâce aux modifications apportées à la technique de l'abaissement du colon pelvien par Lecène.

En suturant le colon, non plus à la peau du périnée, mais au fond de la brèche périnéale, au-dessus du cul-de-sac de Douglas, on réalise, sans tractions excessives, un abaissement suffisant. D'autre part en abaissant le milieu de l'anse sigmoïde qui répond à la longueur maxima de

son méso, sa vascularisation est assurée et le danger de sphacèle est ainsi notablement diminué.

Le sphacèle du bout périnéal peut s'observer, mais la nécrose n'atteint jamais le niveau de la suture péritonéale. Chez un de nos malades cette complication s'est produite 3 jours après l'opération (Obs. IV). Le sphacèle très limité n'a pas eu de suites graves, la guérison a été obtenue en quelques jours.

L'*occlusion intestinale* pour peu fréquente qu'elle soit n'en est pas moins un accident grave, puisqu'il a causé la mort d'un malade de M. Soupault (Obs. X). Il s'agit presque toujours d'occlusion mécanique par pincement d'une anse grêle entre le sacrum et le mésocolon abaissé.

Dans l'unique cas que nous rapportons ce fut l'engagement d'une anse grêle dans une fente étroite de la colerette péritonéale du Douglas et son étranglement qui fut la cause de l'occlusion et de la mort comme le démontra l'autopsie.

A côté de ces complications, inhérentes à l'acte opératoire, il en est d'autres qui reconnaissent des causes diverses.

L'*infection urinaire* s'observe assez fréquemment. Elle est presque toujours liée à l'état antérieur des reins ou de la vessie : néphrite chronique, infection vésicale. Elle est favorisée par la rétention d'urine qui est de règle dans les heures qui suivent l'intervention et qui peut durer plusieurs jours. Il s'agit d'une rétention réflexe que les uns mettent sur le compte de l'anesthésie et que d'autres mettent sur le compte de la section des filets du plexus hypogastrique au cours de l'opération.

Dans un cas (Obs. XIII) les suites opératoires, par ailleurs normales, furent marquées par une cystite qui nécessita pendant plus d'un mois des lavages de vessie quotidiens.

L'*anurie* est une complication rare. Elle est due soit à la propagation du cancer, aux urétéres, soit à la lésion des urétéres au cours de l'intervention.

Elle fut cause de la mort d'un malade de M. Leibovici,

malade obèse, qui succomba le quatrième jour après une intervention particulièrement difficile (Obs. V).

Les *complications pulmonaires* sont dues presque toujours à l'hypostase, d'où l'intérêt de faire lever les malades le plus précocement possible. L'état antérieur des poumons intervient souvent comme cause favorisante ; aussi l'examen radiologique des poumons (radioscopie et radiographie) devra toujours être fait avant l'opération, afin de prévenir les accidents par une thérapeutique pré et post-opératoire appropriée.

Ces complications vont de la bronchite banale, à la congestion pulmonaire et à la pneumonie.

La vaccinothérapie antipneumococcique, (Vaccin de Weill et Dufourt) que nous avons employée dans plusieurs cas, nous a donné d'excellents résultats.

Les *phlébites* post-opératoires sont relativement fréquentes. Elles s'observent surtout chez des malades qui présentent des troubles de la crase sanguine. Elles sont favorisées par l'infection. Elles comportent le pronostic de toutes les phlébites, avant tout dominé par les embolies, embolie pulmonaire ou embolie cardiaque entraînant la mort subite. L'immobilisation en gouttière du membre atteint s'impose. La durée de cette immobilisation variera selon les cas entre 15 et 40 jours.

Ces phlébites peuvent laisser des séquelles, troubles trophiques cutanés, varices, œdèmes éléphantiasiques, qui peuvent faire de ces malades des infirmes.

Sur nos 19 opérés, nous n'en avons observé qu'un cas. (Obs. XIII).

Les *complications cardiaques* sont exceptionnelles.

Le collapsus ne s'observe qu'au cours des complications infectieuses d'une particulière gravité et qui emportent rapidement le malade.

Pendant un temps variable, deux semaines à un mois en général, il n'est pas rare d'observer au niveau de la plaie périnéale une légère suppuration. Il s'agit davantage d'un suintement muco-purulent que d'une suppuration

véritable. Son principal inconvénient est de retarder la cicatrisation de la brèche périnéale.

L'épidermisation de l'entonnoir cicatriciel se fait dans des délais variables. Elle dure souvent plusieurs mois et nécessite une surveillance attentive car c'est d'elle que dépend en grande partie le degré de continence de l'anus périnéal. Aussi sera-t-on souvent amené, afin d'éviter un rétrécissement ultérieur, de procéder au calibrage de l'anus périnéal par des dilatations progressives aux bougies de Hégar ou par la diathermie.

CHAPITRE VII

La mortalité opératoire

La mortalité immédiate de l'abdomino-périnéale avec abaissement, qui oscillait entre 30 et 35 %, semble avoir sensiblement diminué aujourd'hui.

Les risques de sphacèle de l'intestin qui, augmentant encore la gravité de l'opération, semblaient devoir condamner l'abaissement du colon au périnée, ne doivent plus entrer en ligne de compte grâce à la technique de Lecène.

Doit-on, comme le conseille M. Gouverneur (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique* du 10 avril 1931), réserver l'abdomino-périnéale chez la femme où elle est plus facile ? Nous ne le pensons pas.

Nous admettons avec lui que chez l'homme l'abdomino-périnéale convient surtout aux sujets maigres, spécialement résistants, et assez jeunes, sans toutefois exclure systématiquement les cas moins favorables.

La périnéale élargie qu'il préconise pour les tumeurs de siège moyen ne nous semble pas présenter de sérieux avantages sur l'amputation abdomino-périnéale. Le Professeur Lecène a écrit dans le *Paris-Médical*, du 16 février 1924 : « D'après tout ce que j'ai pu voir personnellement, les opérations qui ont pour but d'enlever un cancer du rectum doivent être extrêmement larges pour être efficaces. Il faut de toute nécessité enlever, non seulement toute la zone intestinale cancéreuse, mais aussi tout le méso-recto-sigmoïde et les ganglions qu'il contient. Or il n'est guère possible d'enlever ces ganglions par la seule voie périnéale ou même périnéo-sacrée. »

Schwartz écrit à propos de la mortalité opératoire (Rapport au Congrès de Chirurgie de 1925) : « Si la mortalité opératoire de certaines interventions a été trop élevée et si les résultats ne sont pas ce qu'ils pouvaient être, c'est,

j'en suis convaincu, que nombre d'opérations sont faites trop tard sur des cancers en réalité inopérables. »

L'énoncé des statistiques suivantes, publiées par des chirurgiens dont l'autorité est indiscutable, permettra de constater l'abaissement progressif de la mortalité opératoire.

En 1899, Quénu et Hartmann rapportent 16 cas avec 8 décès, ce qui fait une mortalité de 50 %.

En 1903, Gross (de Nancy) relève 22 cas avec 9 morts, soit 40 % de mortalité. En 1904, Manuel, dans sa thèse, recueille 66 observations avec 23 morts, soit une mortalité opératoire de 34,5 %.

Hartmann en 1913 arrive avec 260 cas d'opérations combinées, à une mortalité de 37 %.

Schwartz, au Congrès de Chirurgie de 1925, rapporte 16 abdomino-périnéales avec 6 décès, ce qui représente une mortalité opératoire de 37,5 %.

Sur ces 16 cas, 5 étaient inopérables du fait de l'extension du cancer aux organes voisins.

Quénu (pendant la guerre) sur 10 opérés a une mort.

Jocelyn Swan (de Liverpool) rapporte dans le *British Medical Journal* (1920) 11 opérations sans une mort.

Brin (d'Angers) sur 21 opérés a 3 morts, soit une mortalité de 14,28 %.

Gouverneur (*Presse Médicale*, 19 mars 1932) rapporte 10 cas avec 2 morts, soit 20 % de mortalité.

Nous résumons dans les tableaux suivants la mortalité opératoire se rapportant aux 19 observations que nous publions.

Mortalité opératoire globale : 3 morts sur 19 opérés, soit 15,7 % :

MORTALITÉ OPÉRATOIRE SUIVANT LE SEXE :

Sexe	Morts	Pourcentage
Hommes : 10	2	20 %
Femmes : 9	1	11,1 %

MORTALITÉ OPÉRATOIRE SUIVANT L'ÂGE :

Age du malade	Nombre de cas	Morts	Pourcentage
De 30 à 50 ans	8	2	25 %
Au-dessus de 50 ans ...	11	1	9 %

MORTALITÉ SUIVANT LE SIÈGE :

Hauteur du cancer	Nombre de cas	Morts	Pourcentage
Cancer recto-sigmoïdien ..	1	0	0 %
Cancer ampulaire supérieur	5	1	20 %
Cancer ampulaire moyen..	5	0	0 %
Cancer ampulaire inférieur	2	0	0 %
Cancer ano-rectal	6	2	33,3 %

Ce tableau met bien en évidence la gravité particulière du cancer ano-rectal.

MORTALITÉ OPÉRATOIRE D'APRÈS LA DURÉE DE L'ÉVOLUTION :

Durée de l'évolution	Nombre de cas	Morts	Pourcentage
De 1 à 6 mois.....	11	2	18 %
De 6 mois à 1 an.....	5	1	20 %
Au-dessus de 1 an.....	3	0	0 %

15,7 % de mortalité opératoire représente un des faibles plus faibles qui aient été publiés en France concernant l'amputation abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée.

Ce chiffre peut être encore abaissé car la technique actuellement mise au point devenant de plus en plus familière à ses auteurs, des erreurs opératoires commises dans les débuts ne le seront plus dans l'avenir.

En conséquence, rien ne s'oppose à ce que la mortalité opératoire tende vers 0, comme le dit Schwartz. La persévérance des chirurgiens dans la réalisation de cet idéal donnera à l'amputation abdomino-périnéale, avec abaissement du colon au périnée, la priorité sur les autres procédés que l'on ne devra plus considérer alors que comme des méthodes palliatives de traitement du cancer rectal.

CHAPITRE VIII

Résultats fonctionnels

L'anوس périnéal a sur l'anوس iliaque de nombreux avantages.

Outre ceux qu'il présente par son siège qui facilite beaucoup les soins, il a l'avantage de ne pas être considéré par les malades comme une infirmité répugnante et tel malade, qui refuserait tout net l'intervention à cause de la perspective d'un anus iliaque définitif, accepte l'intervention à la seule condition d'avoir un anus périnéal.

L'anوس périnéal se rapproche le plus des conditions normales.

Certes la destruction de l'appareil sphinctérien empêche d'obtenir une continence absolue des matières, mais la suture du colon, au fond de la plaie périnéale, tout en permettant d'obtenir une continence relative après épidermisation de l'entonnoir cicatriciel, empêche le prolapsus du colon abaissé qui était une complication fréquente de la suture du colon à la peau du périnée.

Des calibrages périodiques du nouvel anus, aux bougies de Hégar, ou par la diathermie sont souvent nécessaires car le degré de continence du nouvel anus est avant tout fonction de son calibre.

Dans les meilleurs cas, les malades parviennent fort bien et assez vite à régler leur intestin, et à n'avoir qu'une selle matin et soir, ce qui a l'immense avantage de leur permettre de conserver une certaine activité.

A côté de très bons résultats, nous devons mentionner des résultats moins bons et même franchement mauvais (Obs. II et XIV).

Cependant nous pouvons dire que les résultats les plus mauvais ne doivent pas faire préférer l'anوس iliaque définitif à l'anوس périnéal, qui présente sur l'anوس iliaque de sérieux avantages. Il sera d'ailleurs toujours temps si, pour une raison ou pour une autre on y est contraint, de pratiquer un anus iliaque définitif.

Dans un cas (Obs. II) par suite du rétrécissement de

l'orifice colique du nouvel anus et de vives douleurs que le malade, homme jeune et actif, éprouvait au moment de la défécation on dut pratiquer un anus iliaque gauche définitif, que le malade réclama avec insistance.

Revu depuis, il mène une vie très active et son anus iliaque qui est continent est très bien toléré.

Dans un second cas (Obs. XIV) les dilatations diathermiques ne parvinrent pas à éviter un rétrécissement anorectal qui menaçait le malade d'occlusion ; cela obligea M. Leibovici à pratiquer, 8 mois après l'opération, un anus iliaque gauche.

Le malade a été revu depuis ; il se montre peu satisfait de son anus iliaque, et réclame à l'inverse du précédent, qu'on rétablisse son anus périnéal.

Le troisième et dernier cas (Obs. XVI) concerne un homme de 60 ans pour lequel des hémorragies par l'anous périnéal obligèrent M. Soupault à pratiquer, 5 mois après l'amputation du rectum cancéreux, un anus iliaque définitif dont le malade, revu depuis, s'accommode fort bien.

Voici résumée dans le tableau suivant la valeur des résultats fonctionnels chez l'homme et chez la femme.

	Résultats très bons	Résultats bons	Résultats médiocres	Résultats mauvais
Hommes	1	2	0	3
Femmes	0	4	3	0
Total	1	6	3	3

Pourquoi les résultats fonctionnels sont-ils meilleurs chez la femme que chez l'homme ? Sans pouvoir en fournir une explication exclusive on peut admettre que l'accès du cul-de-sac de Douglas, plus facile chez la femme, permet un abaissement plus considérable du colon pelvien qui donnera ainsi une plus grande circonférence à l'orifice supérieur de l'entonnoir cicatriciel protégeant mieux les malades contre le rétrécissement de l'orifice colique qui est à l'origine de la plupart des échecs obtenus.

La conclusion pratique, qui découle de ces considérations est que, pour obtenir de meilleurs résultats fonctionnels chez l'homme il faut abaisser davantage le colon pelvien.

C'est l'avenir qui indiquera les modifications à apporter dans ce sens à la technique opératoire. Pour l'instant nous ne pouvons qu'enregistrer les résultats obtenus et en déduire les enseignements qu'ils comportent.

CHAPITRE IX

Récidives et métastases

Les récidives sont un des gros écueils de la chirurgie du cancer du rectum et il faut bien le dire de tous les cancers.

Dans quelle mesure une intervention large, menée avec toutes les précautions nécessaires pour ne pas pratiquer de greffes cancéreuses dans le voisinage de la tumeur, est-elle capable de les éviter ? C'est là en vérité une question fort embarrassante.

Si en effet une technique rigoureuse met à l'abri la conscience du chirurgien et permet d'escompter une longue survie du malade, les événements viennent souvent donner un démenti formel aux espérances les mieux fondées.

Tous les chirurgiens peuvent en apporter des exemples, qui de 3 mois, qui de 6 mois, qui de 1 an, de 2 ans et plus après l'intervention.

Il existe une corrélation certaine entre la nature histologique du cancer et la production des récidives, et à ce sujet il y a une différence sensible entre les cancers colloïdes, particulièrement extensifs, et les épithéliomas cylindriques, mieux localisés. D'après les statistiques de Kocher les premiers donneraient 50 % de récidives alors que les seconds n'en donneraient que 25,8 %.

Cependant, si la nature histologique du cancer constitue un élément important du pronostic éloigné de l'affection, bien plus importantes sont les considérations d'ordre opératoire. La méthode employée a une importance telle qu'en pratique elle met toutes les autres considérations sur un plan secondaire.

Alors que les voies basses donnent plus de 60 % de récidives en moyenne, la voie combinée donne seulement 20 pour 100 de récidives.

Une telle différence s'explique facilement dès qu'on envisage le mode de production de ces récidives.

Il a été démontré en effet que la propagation se fait par voie ascendante, suivant les lymphatiques qui aboutissent au principal relai ganglionnaire du rectum, situé dans la bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure (ganglions de Moynihan). Or la voie basse ne permet pas d'atteindre ces ganglions du « hile » que seule la voie combinée permet d'extirper entièrement.

Ces notions anatomiques, tout en soulignant la supériorité de la voie combinée sur la voie basse, périnéale ou sacrée, expliquent la plus grande fréquence des récidives dans le tissu cellulaire péri-rectal et les ganglions retro-rectaux, 70 % contre 50 % de récidives dans l'organe, d'après les statistiques de Petersen et Colmers. A ce sujet Bensaude rapporte le cas suivant qui est très démonstratif : « Le Professeur Quénu me demande de faire une rectoscopie chez un de ses malades auquel il avait extirpé un cancer 3 ans auparavant ; la muqueuse parut partout intacte et le rectoscope autorisait à rejeter toute crainte de récidive, mais par contre le toucher rectal permit de sentir au devant du sacrum un chapelet de ganglions. »

Gouverneur a fait à ce propos une recherche fort intéressante qu'il rapporte dans *La Presse Médicale* du 19 mars 1932. Voici ce qu'il écrit : « Nous avons recherché et examiné systématiquement les ganglions rétro-rectaux enlevés avec la tumeur dans nos 24 dernières opérations et nous avons pu constater 7 fois qu'ils étaient envahis par le processus épithéliomateux, 11 fois qu'ils étaient sains, simplement inflammatoires, 6 fois il n'y avait pas de ganglions visibles ».

Le tableau suivant résume ce que l'examen histologique a montré concernant nos 19 opérés :

Ganglions sains : 11 cas.

Ganglions inflammatoires : 6 cas.

Ganglions envahis par le cancer : 2 cas.

Mais il faut dire aussi que les pièces ont pu ne pas être disséquées, après l'opération, avec tout le soin voulu.

Mondor, dans le livre jubilaire du Professeur Hartmann, insiste sur les grandes difficultés que présente la

recherche anatomo-pathologique des métastases ganglionnaires.

Une malade de M. Soupault (Obs. VI) est morte 4 mois et demi après l'opération de métastases pelvienne et péritonéale.

Un autre malade de M. Soupault (Obs. III) est mort un an après l'opération, dans un état de cachexie extrême, sans qu'on puisse imputer une récurrence ou une métastase éloignée, la vérification anatomique n'ayant pu être faite.

Si les récurrences peuvent en grande partie être évitées par une intervention large, menée d'une manière impeccable, les métastases sont au-dessus des ressources de la chirurgie.

Par ordre de fréquence croissante, les métastases se font au foie, à la vessie, à la prostate ou à l'utérus, au péritoine, à la cloison recto-vaginale (très souvent envahie). D'après Kocher les métastases hépatiques se feraient par voie sanguine. Elles seraient donc favorisées par les hémorragies survenant au cours de l'intervention, d'où l'importance d'assurer une hémostase parfaite qui à notre avis ne peut être réalisée que par la voie combinée.

Reinhold, dans sa thèse, après avoir étudié sur le cadavre les connexions des lymphatiques du rectum avec les lymphatiques de l'appareil génital, conclut à la nécessité d'extirper avec le cancer la gaine fibreuse du rectum, qui comprend, en avant, l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers, et la cloison recto-vaginale chez la femme.

Les observations qu'il rapporte montrent nettement que les cas qui ont été suivis des plus longues survies sont ceux pour lesquels ces conditions avaient été le plus parfaitement réalisées.

CHAPITRE X

Les résultats éloignés

Pour juger de la valeur de ces résultats il est de toute nécessité de suivre un grand nombre de malades pendant des années et de faire la part de ce qui revient dans les causes de mort, aux récurrences, aux métastases éloignées, aux affections intercurrentes.

Nous ne pouvons malheureusement pas apporter notre contribution à cette étude, aucun des cas que nous rapportons n'ayant atteint le délai de 3 ans exigé pour pouvoir parler de guérison durable.

L'étude la plus complète de la question a été faite par le Professeur Hartmann qui rapporte à la Société de Gastro-entérologie (séance du 9 mars 1931) les résultats éloignés de 116 exérèses de cancer du rectum.

Pour ne parler que de l'amputation abdomino-périnéale sur 30 cas les résultats sont les suivants :

12 morts par l'évolution du cancer qui se répartissent comme suit : 2 cancers du foie après 13 mois et 2 ans, 1 cancer du poumon et tumeur cérébrale, après 4 ans.

6 morts par cachexie au bout de 1 an, 15 mois, 2 ans (2 cas), 3 ans et 5 mois.

Sur 15 amputations avec abaissement du colon au périnée on dut faire une colostomie pour récurrence périmrectale dans 3 cas, 15 mois, 21 mois, 2 ans après l'amputation du rectum.

3 morts sans récurrences locales.

15 malades ont été revus sans récurrences après 6 mois, 7 mois, 1 an, 18 mois, 2 ans, 3 ans, 3 ans 1/2, 5 ans, 7 ans, 8 ans, 11 ans, 14 ans, 19 ans, 20 ans. Guérison 50 pour cent.

D'Allaines rapporte à la Société de Gastro-entérologie

(séance du 13 avril 1931) un cas de Lecène opéré en janvier 1912, revu très bien portant en avril 1928.

L'opération avait été particulièrement difficile. On pratiqua une résection du 35 cm. du rectum avec la paroi postérieure du vagin. Il y avait de nombreux ganglions dans le méso et des adhérences en avant.

Cunéo, sur 11 opérés, a 5 résultats durables datant respectivement de 5 ans (2 cas), de 11 ans, de 12 ans et de 15 ans. Tixier sur 13 opérés a 6 guérisons durables depuis 3 ans. Jocelyn Swan, qui a une mortalité nulle sur 11 opérés, a 6 guérisons durables après 6 ans.

On peut ainsi espérer, grâce à une technique rigoureuse et un entraînement plus grand des chirurgiens, abaisser de plus en plus le taux de la mortalité opératoire et obtenir de plus longues survies.

Complications tardives

Fistule recto-vaginale. — Nous en avons observé un cas (Obs. IX). Il s'agit d'une malade qui dut être opérée pour cette complication 5 mois après l'amputation du cancer rectal. C'est l'issue des matières par le vagin qui fit faire le diagnostic. Le toucher vaginal montra une fistule en plein milieu de la face postérieure du vagin à 4 cm. au-dessous du col utérin. La résection de la cloison recto-vaginale, au bistouri électrique, amena la guérison.

Rétrécissement ano-rectal : Il se produit en général 6 mois après l'opération lorsque la cicatrisation de la plaie périnéale est complètement terminée. Si ce rétrécissement est très serré, le tissu fibreux empêchant toute dilatation mécanique, on n'a d'autre ressource que de rétablir la dérivation des matières par un anus iliaque gauche définitif (Cf. Obs. II et XIV).

CHAPITRE XI

Valeur comparée des différents procédés

Si le choix de l'intervention paraît plus nettement établi pour le cancer recto-sigmoïdien qui, de l'avis de la majorité des chirurgiens, relève de l'amputation abdominale pure (Opération d'Hartmann), et pour le cancer ano-rectal qui relève de l'amputation périnéale, la discussion reste ouverte pour le cancer ampullaire qui est le plus fréquent. Nous avons exposé au cours de ce travail les raisons qui nous font pencher en faveur de l'amputation abdomino-périnéale. L'accord cependant est loin d'être réalisé entre tous les chirurgiens et certains d'entre eux apportent à la défense de leur procédé des arguments qui paraissent péremptoirs.

Il faut faire cependant la part des préjugés et de la routine et bien des chirurgiens hésitent à pratiquer l'amputation abdomino-périnéale, avec abaissement du colon au périnée, parce qu'ils reculent devant une intervention dont ils exagèrent beaucoup la gravité.

Nous l'avons dit à maintes reprises au cours de ce travail et nous le répétons :

L'amputation abdomino-périnéale est la seule intervention rationnelle car elle permet l'ablation complète de tout l'organe malade avec tous ses ganglions et le tissu cellulaire péri et rétro-rectal.

Mais pour donner de bons résultats elle exige de l'opérateur une grande pratique et un tempérament vraiment chirurgical ; encore faut-il qu'il ne se laisse pas aller à des excès et qu'il sache se cantonner dans les limites de l'opérabilité.

Et à ce propos nous ne saurions trop insister sur l'importance du dépistage précoce du cancer du rectum.

L'insidiosité des signes cliniques, il est vrai, rend le diagnostic souvent très difficile au début.

C'est pourquoi il ne faut renoncer à aucun des procédés d'investigation qui sont à notre disposition :

La *rectoscopie*, qui est souvent le complément indispensable du toucher rectal ;

La *biopsie*, qui permet de confirmer un diagnostic hésitant.

Nous avons vu que la voie basse donnait en moyenne 60 % de récidives alors que la voie combinée en donne seulement 20 %.

Sur 30 cas d'amputation abdomino-périnéale, Hartmann a obtenu 15 guérisons, ce qui représente un taux de 50 % de guérison. Le même auteur sur 77 cas d'amputation périnéale a obtenu 25 récidives locales dans le tissu cellulaire pelvien, constatées au cours des deux premières années, rarement au cours de la troisième. Une récidive opérée a donné une survie de 7 ans.

7 malades sont morts sans récidive locale,

9 sont morts par affections intercurrentes, dont un d'accidents cardiaques à 82 ans,

31 ont été revus sans récidive, dont 4 après 10 ans, 1 après 11 ans, 1 après 18 ans, 1 après 20 ans, ce qui représente un taux de guérison de 44 %.

Sur 7 cas d'amputation par voie abdominale seule, Hartmann a eu 2 morts : 1 récidive ; 1 mort après 18 mois (de cause inconnue).

5 cas ont été revus sans récidive après 2 ans et 7 mois, 3 ans, 5 ans, 9 ans et 10 ans : Guérison 71 %.

Hartmann rapporte un cas d'amputation par voie transanale. Il s'agissait d'un cancer prolabé du rectum. Le malade a fait un cancer du colon ascendant 17 ans après. Ce cancer a été opéré, et la mort est survenue 1 an 1/2 après l'opération.

Si nous citons ces chiffres, c'est qu'ils sont particulièrement démonstratifs. Nous pourrions en citer d'autres, mais nous ne jugeons pas utile de le faire.

Aussi dirons-nous, en manière de conclusion, qu'avec 50 % de guérisons durables l'amputation abdomino-périnéale présente une incontestable supériorité sur les autres

procédés et c'est pour nous, le meilleur argument d'ordre pratique qu'on puisse invoquer en sa faveur.

La résection est actuellement à peu près tombée dans l'oubli.

Outre qu'elle ne peut s'appliquer qu'à un nombre très limité de cas puisqu'il faut, au minimum, pour qu'elle soit possible, deux centimètres de muqueuse saine entre le bord supérieur du sphincter et la limite inférieure du néoplasme ; elle a donné au point de vue fonctionnel beaucoup moins de succès qu'on en attendait.

Dans une statistique publiée par Chalier et Perrin en 1913, la résection n'a donné à ces auteurs que 3 guérisons durables sur 27 cas, soit 11,1 %, alors que l'amputation leur a donné 18 guérisons durables sur 50 cas, soit 36 %.

Aussi la résection est-elle actuellement condamnée par la majorité des chirurgiens. « Parmi les opérateurs allemands, dont on connaît la préférence pour la résection, Hoffmeister, Finsterer, Von Haberer (Congrès de Chirurgie de Berlin, 1924), préfèrent sacrifier le sphincter et Kirschner estime que la conservation de l'appareil sphinctérien est rarement utile pour le malade et même souvent dangereuse » (1).

(1) R. Soupault et R. Leibovici — La technique opératoire de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée, *Journal de Chirurgie*, décembre 1931.

CONCLUSIONS

Bien que les résultats que nous publions ne soient que des résultats d'attente, qui interdisent de porter un jugement définitif sur la valeur de l'amputation abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée telle que la pratiquent MM. Soupault et Leibovici, il est néanmoins possible de formuler un certain nombre de déductions :

I. — L'amputation abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée n'a pas une gravité immédiate telle qu'on doive lui préférer l'amputation périnéale simple ou élargie.

II. — La mortalité opératoire dépasse à peine 15,7 %, et tout donne à penser qu'elle peut être encore abaissée au fur et à mesure que la technique d'ailleurs relativement simple sera devenue plus familière, et si l'on assure des soins pré et post-opératoires parfaits.

III. — L'amputation abdomino-périnéale avec abaissement peut s'appliquer à tous les cancers rectaux, quel que soit leur siège, quel que soit le type anatomique du colon et de son méso, et quel que soit le sexe des malades.

IV. — Au point de vue fonctionnel, l'anus périnéal est souvent mieux toléré que l'anus iliaque définitif. Il est aussi, généralement, plus facilement accepté par les malades, qui de ce fait ne repoussent pas l'idée de l'opération.

V. — Dans l'état actuel de nos connaissances sur le traitement chirurgical du cancer du rectum il nous semble que la préférence doive être accordée à l'amputation abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée, qui seule satisfait au postulat de l'exérèse des tumeurs

cancéreuses, et ne considérer les autres procédés que comme des pis aller, auxquels l'on aura recours que si l'abaissement du colon est impossible ou si l'on juge que l'intervention radicale ferait courir de trop grands risques au malade.

Vu : *le Doyen* :
BALTHAZARD.

Vu, *le Président de Thèse* :
A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'indiquons dans cette bibliographie que les travaux que nous avons consultés. Nous renvoyons pour la nomenclature complète au livre de Chaliér et Mondor.

Archives des maladies de l'appareil digestif (mars-avril-mai, 1931).

CARRIÉ. — Le cancer du rectum chez les jeunes gens. *Revue Médicale Française*, mars 1931.

CHALIÉR (A.) et MONDOR (H.). — Cancer du rectum. Paris, 1924, (Doin éditeur).

CUNÉO (B.). — Ablation du cancer du rectum. *Journal de Chirurgie*, Paris. T. I, n° 5, 15 août 1908, p. 433.

CUNÉO (B.). — Sur un détail de technique de l'amputation abdomino-périnéale du rectum. T. XII, n° 3, mars 1914, p. 281.

CUNÉO et BLOCH. — Contribution à l'étude de l'amputation du rectum chez la femme. *Journal de Chirurgie*, Paris. T. XXVII, n° 5, mai 1926, p. 529.

DUROSELLE (Ch.). — Remarques sur le traitement du cancer du rectum. *Journal de Chirurgie*. Paris. T. XXIII, n° 3, mars 1924, p. 249.

FAURE (J. L.). — Sur le traitement chirurgical du cancer. *Le Monde Médical*, 1^{er} et 15 juin, 1932.

GOUVERNEUR (R.). Diagnostic et traitement du cancer du rectum. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 avril 1931.

GOUVERNEUR (R.) et OURY (P.). — Le cancer du rectum. Remarques sur le diagnostic et les indications opératoires. *Presse Médicale*, 19 mars 1932.

GRÉGOIRE (R.). L'extirpation abdomino-périnéale du rectum en sens unique de haut en bas. *Journal de Chirurgie*, Paris. T. XXXVIII, n° 2, p. 152.

GROSS. — De l'extirpation du cancer du rectum par voie abdomino-périnéale. *Revue médicale de l'Est*, 1903, p. 321.

HARTMANN (H.). — Traitement opératoire direct du cancer du rectum. *Journal de Chirurgie*. T. XI, n° 6, Paris, décembre 1913, p. 693.

HARTMANN (H.). — Chirurgie du rectum. Paris, 1931.

LARDENNOIS (G.). — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1920, p. 1395 (Séance du 1^{er} décembre), 1922, p. 196 (Séance du 8 février).

- LARDENNOIS (G.) — A propos de deux cas de cancer du rectum extirpé par voie périnéo-abdominale. *Presse Médicale*, 1^{er} juillet 1925, p. 880.
- LECÈNE (P.). — Remarques sur le traitement chirurgical du cancer du rectum. *Paris Médical*, 16 février 1924, p. 155.
- MANUEL (P.). De l'extirpation du cancer du rectum par la voie combinée. *Thèse*, Nancy, 1904.
- MONDOR (H.). Contribution à l'étude du cancer du rectum. *Thèse*, Paris, 1914.
- MONDOR (H.). L'étendue de tout cancer du rectum, p. 473, in *Livre jubilaire du Professeur Hartmann*. Masson éditeur. Paris 1932.
- PAPIN. — L'anurie dans le cancer du rectum. *Revue de Gynécologie*, 1908, n° 4, p. 675.
- QUÉNU. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1902, p. 185.
- QUÉNU et HARTMANN. — *Chirurgie du rectum*, T. II, Paris, 1899.
- REINHOLD (P.). — Contribution à l'étude des facteurs de récidives post-opératoires du cancer rectal. L'exérèse de la gaine fibreuse du rectum. *Thèse*, Paris, 1924.
- RICARD (A.). — L'amputation abdomino-périnéale du rectum chez l'homme, avec abaissement systématique au périnée. *Journal de Chirurgie*. T. XXXV, n° 2, Paris, février 1930, p. 177.
- RONCHET. — De l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux (Etude sur 12 observations personnelles). *Thèse*, Lyon, 1907.
- SCHWARTZ (A.). — Résultats éloignés de l'extirpation du cancer du rectum par les méthodes abdominales et les méthodes combinées (*Congrès français de chirurgie*, Paris, 1925). *Compte rendu de la séance du 15 octobre*, p. 35.
- SCHWARTZ et FEY. — Technique opératoire de l'amputation du rectum par la voie abdomino-périnéale. *Journal de Chirurgie*. T. XXVII, n° 6, Paris, juin 1926, p. 673.
- SÉNÈQUE (J.). — Des avantages de la voie périnéale pure dans le traitement du cancer du rectum. *Revue Médicale Française*. Février 1932, p. 149.
- SOUPAULT (R.). — L'opération de H. Hartmann. Ablation par voie abdominale des cancers du haut rectum et de la jonction recto-sigmoïdienne. *Journal de Chirurgie*. T. XXX, n° 5, Paris, novembre 1927, p. 513.
- SOUPAULT (R.) et LEIBOVICI (R.). — Technique opératoire de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale, avec abaissement du colon au périnée. *Journal de Chirurgie*. T. XXXVIII, n° 6, décembre 1931, p. 815.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

***Les Facteurs du succès de l'amputation du rectum
cancéreux par voie abdomino-périnéale avec abaissement
du colon au périnée.***

CHAPITRE PREMIER. — Position actuelle du problème de l'opérabilité du cancer du rectum ..	11
CHAPITRE II. — La Technique opératoire	15
CHAPITRE III. — La préparation des malades	19
CHAPITRE IV. — Les soins post-opératoires	23

DEUXIÈME PARTIE

Les résultats.

CHAPITRE V. — Observations	27
CHAPITRE VI. — Les suites immédiates	63
CHAPITRE VII. — La mortalité opératoire	67
CHAPITRE VIII. — Résultats fonctionnels	71
CHAPITRE IX. — Récidives et métastases	75
CHAPITRE X. — Les résultats éloignés et les complica- tions tardives	79
CHAPITRE XI. — Valeur comparée des différents procédés.	81
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	87

